Münster.1933.№77 Med Diss.

Aus der sozial-hygienischen Abteilung des Hygienischen Institutes
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster i. W.
Direktor: Prof. Dr. K. W. Jötten.

Die zahnärztliche Versorgung der Rheinprovinz

unter besonderer Berücksichtigung der Leistungen der öffentlichen Fürsorge.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität zu Münster i. W.

vorgelegt von

Karl Ruin
approb. Zahnarzt aus Münster i. W.

Buch- und Kunstdruckerei Wilh. Postberg, Bottrop i.W.

1933

Dekan: Prof. Dr. P. Esch
Referent: Prof. Dr. K. W. Jötten

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster i. W.

Meinen lieben Eltern.

Disposition.

Die sozial-hygienische Bedeutung der Zahnheilkunde im Rahmen der Allgemeinfürsorge.

I. A. Die Versorgung der Rheinprovinz mit Zahnärzten und nicht approbierten Behandlern.

a) Anzahl der Zahnärzte in der Rheinprovinz.

b) Anzahl der nicht approbierten Behandler in der Rheinprovinz.

II. B. Die öffentliche Fürsorge auf dem Gebiete der Zahnheilkunde in der Rheinprovinz.

a) 1. Die Schulzahnpflege, ihre Entwicklung und planmäßige Verbreitung in der Rheinprovinz.

2. Die Schulzahnklinik in Bonn und die Leistungen anderer Schulzahnkliniken in der Rheinprovinz.

b) Die zahnärztliche Versorgung Erwachsener durch Zahnkliniken.

1. Die Universitäts-Polikliniken in Bonn und Köln.

2. Die Zahnkliniken der Krankenkassen.

3. Die Zahnklinik der Krupp A.-G., Essen.

c) Die Träger der öffentlichen Fürsorge.

d) Die Tätigkeit der Westdeutschen Kieferklinik.

C. Zusammenfassung.

Die Zahnheilkunde gewinnt im Rahmen der Hygiene immer mehr an Bedeutung. Ihr Bestreben ist, durch Schaffung gesunder Mund- und Kauverhältnisse die Widerstandsfähigkeit des Körpers gegen Krankheiten zu heben und dadurch die Volksgesundheit im allgemeinen zu fördern. Dazu gehört die Erziehung der breiten Masse zur Zahnpflege. Dieses geschieht durch Wort, Schrift und Film. Die wirksamste davon ist die Belehrung jedes einzelnen Besuchers in der Sprechstunde des praktischen Arztes und Zahnarztes und die Belehrung der Kinder in den Schulen. Der Aufklärung muß die Verwirklichung in der Praxis folgen. Bei der bemittelten Bevölkerung stößt diese kaum auf Schwierigkeiten. Anders ist es jedoch bei dem minder- und unbemittelten, also dem weitaus größten Teil der Bevölkerung. Die beste Aufklärung ist nutzlos, solange die Kostenfrage nicht geregelt ist. Hier ist es nun Sache des Staates, der Gemeinden und der Versicherungsträger, die Aufbringung der erforderlichen Mittel zu bewerkstelligen und eine umfangreiche zahnfürsorgerische Tätigkeit in der Bevölkerung zu ermöglichen.

Für die Erfüllung aller dieser Aufgaben ist es natürlich von besonderer Bedeutung, daß eine genügende Anzahl von gut ausgebildeten Zahnärzten zur Verfügung steht.

Es soll nun Aufgabe dieser Arbeit sein, ein Bild darüber zu vermitteln, welche Verhältnisse wir in zahnfürsorgerischer Hinsicht in der Rheinprovinz antreffen. Die Arbeit stellt ein Teilstück dar zu einer Sammelerhebung über die zahnärztliche Versorgung des Deutschen Reiches, die Herr Prof. J ö t t e n in Abschnitten für die einzelnen Bezirke des Reiches durchführen läßt.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547410_0116

Die Versorgung der Rheinprovinz mit Zahnärzten und nicht approbierten Behandlern.

Die Rheinprovinz verdient, weil sie eines der wichtigsten Wirtschaftsgebiete Deutschlands ist, und hier durch die Zusammenballung großer Bevölkerungsmasssen auf kleinem Raum mit nicht mehr naturgemäßer Beschäftigung besondere Gesundheitsgefährdung besteht, in sozial-hygienischer Hinsicht besonderes Interesse.

Um ein klares Bild über den Stand und die Ausdehnung der Zahnfürsorge zu erhalten, müssen einige Tatsachen Berücksichtigung finden. In Deutschland ist nämlich die Ausübung der Zahnheilkunde nicht, wie in den meisten Kulturländern der Welt, ausschließlich den approbierten Medizinalpersonen gestattet, sondern auch den nicht approbierten Zahntechnikern, den Dentisten. Die Behandlungsberechtigung dieser Nichtapprobierten leitet sich aus dem Gesetz der Kurierfreiheit, das heute nur noch in Deutschland besteht, ab. Dieses Gesetz hat eigentlich nach dem heutigen Stand der Wissenschaften keine Existenzberechtigung mehr, wird aber in dieser Zeit der Wirtschaftskrisen und Arbeitslosigkeit vom Staat aus politischen Gründen aufrechterhalten. Auf den unerquicklichen Kampf, der deswegen zwischen den Zahnärzten einerseits und dem Stand der nicht approbierten Zahnbehandler andererseits seit Jahren geführt wird, soll hier nicht näher eingegangen werden.

Wenn auch die private Tätigkeit der Nichtapprobierten fast unbeschränkt ist, so findet dieselbe in der öffentlichen Fürsorge durch die Reichsversicherungsordnung bestimmte Grenzen. Die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten bleibt ausschließlich den Zahnärzten und Aerzten vorbehalten. Die §§ 29 und 30 der Reichsgewerbeordnung besagen, daß die Anstellung Nichtapprobierter als Schulzahnärzte sowohl dem Staat als auch den Gemeinden untersagt ist, und daß der Leiter einer Schulzahnklinik eine approbierte Medizinalperson sein muß.

Die Zulassung von Nichtapprobierten in der Sozialversicherung war vom Gesetzgeber als zeitlich begrenzt gedacht und war nur möglich, weil zu dem Zeitpunkt, als die Notwendigkeit der zahnärztlichen Behandlung der der Sozialversicherung angehörenden Bevölkerung anerkannt wurde, keine ausreichende Anzahl wissenschaftlich ausgebildeter Zahnärzte vorhanden war. Den Mitgliedern der Krankenkassen steht die Wahl zwischen Zahnarzt und Nichtapprobierten frei, soweit beide mit der in Frage kommenden Kasse in einem Vertragsverhältnis stehen. Ebenso haben die Nichtversicherten, also die Privatpatienten, zwischen beiden die freie Wahl. Ein großer Teil der Bevölkerung läßt sich von den Nichtapprobierten behandeln, entweder angelockt durch marktschreierische Reklame und niedrige Richtpreise, oder weil ihnen der Unterschied zwischen Zahnarzt

und „Dentist“ (eine anderen Ländern gegenüber irreführende Berufsbezeichnung) nicht bekannt oder zum mindesten nicht klar ist.

Das ständig wachsende Verbundensein der Zahnheilkunde mit der gesamten Medizin und ihre fortschreitende Vertiefung in histologischer wie auch pathologisch-anatomischer Hinsicht bedingt, daß das Durchschnittswissen des Nichtapprobierten heute nicht mehr ausreicht, eine einwandfreie Behandlung aller in der zahnärztlichen Praxis vorkommenden Fälle zu gewährleisten. In Erkenntnis dieser Tatsache ist es Pflicht sowohl des Reichsverbandes der Zahnärzte Deutschlands als auch jedes einzelnen Zahnarztes, der Bevölkerung gegenüber aufklärend zu wirken. Weiterhin muß dafür gesorgt werden, daß das Betätigungsfeld der Nichtapprobierten auf rein technisches Gebiet beschränkt wird.

Ueber die Versorgung der Rheinprovinz mit Zahnärzten (Z.Ae.) und nichtapprobierten Behandlern (N.A.) sollen die nun folgenden Tabellen durch Zahlen und Vergleiche Aufschluß geben. Es ist das Jahr 1914 als vor dem Kriege, 1920 als das Jahr nach dem Kriege, in welchem wenigstens wieder einigermaßen normale Zustände herrschten, und je fünf weitere Jahre 1927 und 1932 herausgenommen. Das Material ist größtenteils aus den Angaben der zahnärztlichen Adreßkalender und dem Deutschen Zahnärztebuch 1932/1933 zusammengestellt. Hierbei muß berücksichtigt werden, daß von den Zahnärzten 98 % und von den Nichtapprobierten nur 76 % erfaßt sind. Der Rest verteilt sich meist auf Orte unter 2000 Einwohnern und kleinere Gemeinden, die in diesen Statistiken nicht berücksichtigt wurden.

Tabelle I:

Jahr	Gesamteinwohnerzahl	Anzahl der Zahnärzte	Anzahl der Nichtapprobierten
1914	6 853 000	418	686
1922	7 037 000	575	736
1927	7 370 000	956	927
1932*)	ca. 7 502 000	1 132	1 408

Jahr	Es kommt 1 Zahnarzt auf Einw.	Es kommt 1 Nichtapprobierter auf Einw.	Es kommt 1 Zahnbehandler auf Einw.
1914	16 400	9 999	6 207
1922	12 238	9 561	5 367
1927	7 709	7 950	3 914
1932	ca. 6 636	ca. 5 328	ca. 2 972

Aus Tabelle I ersieht man, daß die Zahl der Zahnärzte und der Nichtapprobierten in der Rheinprovinz vor dem Kriege verhältnismäßig gering war. 1914 waren es 418 Zahnärzte und 686 Nichtapprobierte. Das Jahr 1922 brachte schon eine Steigerung auf 575 bzw. 736. 1927 war

*) Die durchschnittliche Einwohnerzahl der Rheinprovinz war für 1932 vom Statistischen Reichsamt noch nicht ermittelt, dürfte aber mit der angegebenen Zahl ungefähr übereinstimmen.

die Zahl der Zahnärzte bereits auf 956 gestiegen, während die Zahl der Nichtapprobierten dagegen nur 927 betrug. Es überwog in diesem Jahre erstmalig die Anzahl der Zahnärzte. Das kam daher, weil viele aus dem Felde heimkehrende Soldaten erst nach dem Kriege das Studium der Zahnheilkunde begonnen und es inzwischen abgeschlossen hatten. Im Jahre 1932 dagegen stehen 1132 Zahnärzte 1408 Nichtapprobierten gegenüber. Diese Tatsache erklärt sich aus demselben Grunde wie die vorherige, nur daß bei den Nichtapprobierten die Ausbildung zum Dentisten wegen nicht vorgeschriebener höherer Schulbildung 7 Jahre in Anspruch nimmt.

Nach E. Möllmann hat „vom Standpunkt der Volksgesundheit betrachtet, die Bevölkerung einen Anspruch auf die Behandlung ausschließlich durch Zahnärzte, die eine gute wissenschaftliche und praktische Ausbildung haben, insbesondere auch den Zusammenhang des Gesamtorganismus mit dem Zahnsystem beherrschen und endlich auch mit dem Gesamtgebiet der Hygiene durchaus vertraut sind". Diesem Ziel rücken wir in der Rheinprovinz ständig näher und werden es in absehbarer Zeit erreichen. Haben wir doch 1932 schon mehr Zahnärzte als vor dem Kriege Zahnärzte und Nichtapprobierte zusammen. Das Ziel ist zwar noch nicht erreicht, da mit der Aufklärung über allgemeine Hygiene auch die Neigung der Bevölkerung zur Zahnpflege gestiegen ist.

Die Zunahme der Zahnärzte und der Nichtapprobierten sieht in den einzelnen Jahren in der Rheinprovinz prozentual berechnet folgendermaßen aus, wenn das Jahr 1914 mit 100 % zugrunde gelegt wird:

1914:	418	Z.Ae. = 100 %	686	N.A.	= 100 %
1922:	575	„ = 137 %	736	„	= 106 %
1927:	956	„ = 231 %	927	„	= 136 %
1932:	1132	„ = 270 %	1408	„	= 206 %

1914:	1104	Behandler insgesamt	= 100 %
1922:	1411	„ „	= 119 %
1927:	1883	„ „	= 171 %
1932:	2540	„ „	= 230 %

Ein deutliches Bild über die Zunahme der Zahnärzte im Deutschen Reich vermitteln uns folgende Zahlen:

1850	rund 250	Z.Ae.	
1886	„ 548	„	
1890	„ 659	„	
1895	„ 1 071	„	
1900	„ 1 583	„	
1905	„ 2 192	„	
1910	rund 3 020	Z.Ae.	
1915	„ 2 125	„	
1920	„ 4 459	„	
1925	„ 8 051	„	
1931	„ 10 122	„	

Hans Bunge stellte Untersuchungen über die Steigerung der Zahl der Zahnärzte in der Zeit vom 1. 1. 1929 bis 31. 12. 1931 an. In diesen drei Jahren betrug die Steigerung im Reich 14,3 % und in der Rheinprovinz 15,6 %. Während die auf einen Zahnarzt im Reich entfallenden Einwohner von 6960 auf 6150 fielen, sanken sie in der Rheinprovinz von 7300 auf 6600 Einwohner. Obwohl die Steigerung der Zahnärzte in der Rheinprovinz stärker war als im Reich, ist die auf einen

Zahnarzt entfallende Einwohnerzahl günstiger als im Reichsdurchschnitt. Die zahlenmäßige Ueberlegenheit der Nichtapprobierten im Reich gegenüber den Zahnärzten geht aus folgenden Zahlen hervor. Sie betrug am 31. 12. 1931 (die 2 % Zahnärzte und 24 % Nichtapprobierten, die in kleinen Orten und kleinsten Gemeinden praktizierten, mit eingerechnet): 10 322 Zahnärzte gegenüber 16 332 Nichtapprobierten.

Aus der Tabelle I ist auch das Verhältnis der gesamten Bevölkerungszahl der Rheinprovinz zu der Zahl der Zahnärzte ersichtlich und ergibt:

1914:	1	Zahnarzt	auf	16 400	Einwohner
1922:	1	„	„	12 238	„
1927:	1	„	„	7 709	„
1932:	1	„	„	6 636	„

Entsprechend sind die Zahlen der Gesamtbevölkerung zu denen der Nichtapprobierten:

1914:	1	Nichtapprobierter	auf	9 999	Einwohner
1922:	1	„	„	9 561	„
1927:	1	„	„	7 950	„
1932:	1	„	„	5 328	„

Eine wesentliche Verschiebung erfahren die Zahlen bei der Berechnung der Bevölkerungszahl auf die gesamten Behandler, also Zahnärzte und Nichtapprobierte zusammen. Es waren:

1914:	1	Zahnbehandler	auf	6 207	Einwohner
1922:	1	„	„	5 367	„
1927:	1	„	„	3 914	„
1932:	1	„	„	2 972	„

Alle diese Zahlen zeigen uns, wie außerordentlich die Zahl der Zahnärzte und der Nichtapprobierten nach dem Kriege angewachsen ist. Damit ist die Vorbedingung einer umfangreichen zahnpflegerischen Erfassung der gesamten Bevölkerung in der Rheinprovinz erfüllt. Außerdem ist die Zahl der jährlich hinzukommenden Zahnärzte, die Ende 1931 mit 400 im Reich berechnet wurde, noch ständig im Steigen begriffen, dazu kommt noch die als „ins Uferlose gehend" zu bezeichnende Ausbreitung der Nichtapprobierten.

Aus der nun folgenden Tabelle II ist zu ersehen wie viele Zahnärzte, wie viele Nichtapprobierte und wie viele Zahnbehandler insgesamt in der Rheinprovinz auf 1000 Einwohner entfallen.

Hieraus ersieht man wieder, daß mit Ausnahme des Jahres 1927 der größere Teil der Bevölkerung durch Nichtapprobierte zahnpflegerisch versorgt ist, wenngleich auch die Zahl der zahnärztlich versorgten im Vergleich zur Zeit vor dem Kriege stärker gestiegen ist.

Die Tabellen IIIa bis d und Tabelle IV geben Aufschluß über die Verteilung der Zahnärzte, der Nichtapprobierten und der gesamten Zahnbehandler auf die einzelnen Stadtkategorien, sowie ihre prozentuale Beteiligung. Außerdem ersehen wir darauf wie viele Einwohner in den einzelnen Stadtkategorien zahnpflegerisch versorgt sind. Da aus diesen Tabellen deutliche Richtlinien für die künftige Neuansiedlung von Zahn-

Tabelle II.

Es kamen in der Rheinprovinz auf 1000 Einwohner:

1914:	0,061	Zahnärzte,
	0,100	Nichtapprobierte,
	0,161	Zahnbehandler insgesamt.
1922:	0,081	Zahnärzte,
	0,105	Nichtapprobierte,
	0,186	Zahnbehandler.
1927:	0,130	Zahnärzte,
	0,125	Nichtapprobierte,
	0,255	Zahnbehandler.
1932:*)	ca. 0,151	Zahnärzte,
	„ 0,187	Nichtapprobierte,
	„ 0,338	Zahnbehandler.

ärzten in der Rheinprovinz zu ersehen sind, lohnt sich eine eingehende Betrachtung derselben.

Die Umgruppierungen in der Anzahl der Orte erklären sich bei den Großstädten durch Zuzug und Eingemeindungen. Die scheinbare Vermehrung der Orte unter 5000 Einwohnern kommt nur dadurch zustande, daß diese in den Jahren 1927—1932 in weitaus größerem Maße statistisch erfaßt wurden.

Nehmen wir die für die zukünftige Neuansiedlung von Zahnärzten in der Rheinprovinz maßgeblichen Zahlen aus der Tabelle IIId von 1932 heraus, so sehen wir, daß 5460 Einwohner im Durchschnitt der einzelnen Stadtkategorien auf einen Zahnarzt entfallen. Erstreben wir eine gleichmäßige Verteilung der Zahnärzte in allen Stadtkategorien, so müssen vorläufig diejenigen Orte von Neuansiedlung durch Zahnärzte verschont bleiben, deren Durchschnitt unter 5460 liegt. Dieses sind die Orte von 30—75 000 Einwohnern, die mit 4200 am weitesten unter dem Durchschnitt liegen. Es folgen die Orte von 75—150 000 Einwohnern mit 4715, die von 300—500 000 mit 5020, von über 500 000 Einwohnern mit 5145. Zu verschonen sind also fast alle Städte über 30 000 Einwohner, mit Ausnahme einiger weniger zwischen 150—300 000 Einwohnern, die, wie wir gleich sehen werden, noch ganz geringe Niederlassungsmöglichkeit bieten.

Um die gleichmäßige Verteilung der Zahnärzte auf alle Stadtkategorien zu erreichen, müssen sich in den Orten, deren Durchschnitt über 5460 Einw. liegt, noch einige Zahnärzte niederlassen. Zu bevorzugen sind hierbei die Orte mit 5—10 000 Einw., die mit 7470 am höchsten über dem Durchschnitt liegen. Es folgen die Orte von 2—3000 Einw. mit 7015 und alle noch kleineren Orte, (die in diesen Statistiken nicht berücksichtigt sind, weil in ihnen fast überhaupt keine Zahnärzte anzutreffen sind) sofern sie nur irgendeine Existenzmöglichkeit bieten. Weiter folgen die Orte von 20—30 000 Einw. mit 6620, die von 10—20 000 Einw. mit 6411, die von

*) Siehe Fußnote der Tabelle I.

3—5000 Einw. mit 5835 und zuletzt die von 150—300 000 Einw., die mit 5720 am niedrigsten über dem Durchschnitt liegen.

Während die Zahnärzte mehr die mittleren und großen Städte bevorzugen, ersieht man aus der nächsten Rubrik der Tabelle IIId, daß die Orte unter 10 000 Einw. und die zwischen 30—75 000 Einw. von Nichtapprobierten am dichtesten besiedelt sind. Diese Tatsache erklärt sich daraus, daß der Zahnarzt höhere Anforderungen an das Leben stellt, während der Nichtapprobierte schon eher sein Auskommen in den kleineren Orten findet.

Ein anderes Bild erhalten wir, wenn wir die letzte Rubrik der Tabelle IIId betrachten. Diese besagt wie viele Einw. auf 1 Zahnbehandler, also Zahnärzte und Nichtapprobierte zusammengerechnet, entfallen. Es sind 2442 im Durchschnitt. Danach sind die Orte von 3—5000 Einw., von 30—75 000 Einw., von 2—3000 Einw., von 300—500 000 Einw. am stärksten zahnpflegerisch versorgt. Am schlechtesten versorgt sind die Orte von 10—20 000 Einw., die mit 3032 Einw. pro Zahnbehandler am höchsten über dem Durchschnitt liegen. Es folgen dann die Orte von 20—30 000 Einw., von 150—300 000 Einw., von über 500 000 Einw. und 75—150 000 Einw., zuletzt die von 5—10 000 Einw., die alle über dem Durchschnitt liegen und somit die günstigsten Niederlassungsmöglichkeiten bieten.

Tabelle IIIa. Jahr 1914.

Zahl der Einwohner	Zahl der Städte und Ortschaften	Gesamtzahl der Einwohner	Anzahl der Zahnärzte	Anzahl der Nicht-approbierten	Zahl der Zahn-behandler	Auf 1 Zahn-arzt kommen Einwohner	Auf 1 Nicht approb. kommen Einw.	Auf 1 Zahnbe-handler kom-men Einwohn.
über 500 000	1	541 000	59	84	143	9 170	6 448	3 780
300–500 000	2	655 475	79	84	163	8 290	7 810	4 025
150–300 000	5	813 000	84	121	205	9 675	6 715	3 960
75–150 000	6	573 150	56	87	143	10 220	6 585	4 005
30– 75 000	14	612 679	58	87	145	10 560	7 045	4 220
20– 30 000	7	164 000	16	29	45	10 260	5 660	3 650
10– 20 000	47	624 830	34	108	142	18 350	5 775	4 395
5– 10 000	80	540 732	23	83	106	23 524	6 515	5 110
3– 5 000	6	22 100	7	3	10	3 155	7 360	2 210
2– 3 000	2	4 400	2	—	2	2 200	—	2 200
Summen u. Mittelwerte	170	4 551 326	418	686	1 104	10 900	6 630	4 120

Tabelle IIIb. Jahr 1922.

über 500 000	1	652 381	185	118	303	3 525	5 525	2 154
300–500 000	1	500 000	34	50	84	14 700	10 000	5 960
150–300 000	4	730 993	95	121	216	7 710	6 050	3 385
75–150 000	7	749 649	75	95	170	9 999	7 890	4 405
30– 75 000	10	433 050	64	74	138	6 765	5 855	3 138
20– 30 000	15	354 684	28	55	83	12 680	6 470	4 280
10– 20 000	52	721 080	53	112	165	13 601	6 430	4 370
5– 10 000	63	450 786	22	92	114	20 535	4 900	3 955
3– 5 000	12	46 362	13	15	28	3 564	3 085	1 653
2– 3 000	5	12 260	6	4	10	2 045	3 086	1 226
Summen u. Mittelwerte	170	4 651 245	575	736	1 311	8 100	6 330	3 550

Tabelle IIIc. Jahr 1927.

Zahl der Einwohner	Zahl der Städte und Ortschaften	Gesamtzahl der Einwohner	Anzahl der Zahnärzte	Anzahl der Nicht-approbierten	Zahl der Zahn-behandler	Auf 1 Zahn-arzt kommen Einwohner	Auf 1 Nicht-approb. kommen Einw.	Auf 1 Zahnbe-handler kom-men Einwohn.
über 500 000	1	710 000	141	91	232	4 900	7 810	3 060
300—500 000	2	891 100	158	128	236	5 645	6 960	3 115
150—300 000	4	709 443	152	160	312	4 660	4 425	2 273
75—150 000	7	786 494	128	110	238	6 145	7 150	3 300
30— 75 000	11	470 756	95	117	212	4 960	4 030	2 223
20— 30 000	13	322 981	41	53	94	7 885	6 095	3 440
10— 20 000	49	675 930	107	115	222	6 320	5 875	3 045
5— 10 000	54	611 523	59	76	135	10 380	8 050	4 530
3— 5 000	83	311 659	36	42	78	8 645	7 410	3 900
2— 3 000	126	265 898	39	35	74	6 815	7 580	3 590
Summen u. Mittelwerte	350	5 755 784	956	927	1 883	6 025	6 230	3 060

Tabelle IIId. Jahr 1932.

über 500 000	2	1 387 900	270	269	539	5 145	5 150	2 575
300—500 000	3	1 337 000	266	314	580	5 020	4 260	2 320
150—300 000	4	714 987	125	142	267	5 720	5 027	2 680
75—150 000	4	465 598	99	82	181	4 715	8 680	2 575
30— 75 000	7	323 658	77	97	174	4 200	3 335	1 860
20— 30 000	16	391 396	59	74	133	6 620	5 280	2 936
10— 20 000	39	506 392	79	97	167	6 411	5 221	3 032
5— 10 000	67	448 574	60	119	179	7 470	3 763	2 505
3— 5 000	109	315 031	54	120	174	5 835	2 621	1 810
2— 3 000	139	301 763	43	94	137	7 015	3 213	2 200
Summen u. Mittelwerte	390	6 192 299	1 132	1 408	2 531	5 460	4 399	2 442

Tabelle IV.

Prozentuale Verteilung der Zahnbehandler auf die einzelnen Stadtkategorien in der Rheinprovinz.

Jahr	über 500 000 Einw.	3 bis 500 000 Einw	150 bis 300 000 Einw	75 bis 150 000 Einw.	30 bis 75 000 Einw.	20 bis 30 000 Einw.	10 bis 20 000 Einw.	5 bis 10 000 Einw.	3 bis 5 000 Einw.	2 bis 3 000 Einw
Zahnärzte										
1914	13,6 %	18,8 %	20,2 %	13,5 %	13,9 %	3,9 %	8,3 %	5,5 %	1,7 %	0,6 %
1922	32,2 %	5,8 %	16,6 %	13,1 %	11,1 %	4,9 %	9,2 %	3,8 %	2,3 %	1,1 %
1927	14,7 %	16,5 %	15,9 %	13,4 %	9,9 %	4,3 %	11,2 %	6,2 %	3,8 %	4,1 %
1932	23,9 %	23,4 %	11,0 %	8,8 %	6,8 %	5,2 %	7,0 %	5,3 %	4,8 %	3,8 %
Nicht approb. Behandler										
1914	12,2 %	12,2 %	17,6 %	12,7 %	12,7 %	4,3 %	15,7 %	12,1 %	0,5 %	—
1922	16,0 %	6,8 %	16,4 %	12,9 %	10,0 %	7,5 %	15,2 %	12,6 %	2,1 %	0,5 %
1927	9,9 %	13,7 %	17,3 %	11,8 %	12,7 %	5,7 %	12 4 %	8,2 %	4,6 %	3,7 %
1932	19,1 %	22,2 %	10,2 %	5,8 %	6,8 %	5,4 %	6,8 %	8,5 %	8,4 %	6,8 %
Gesamte Zahnbehandler										
1914	12,9 %	15,5 %	18,9 %	13,1 %	13,3 %	4,1 %	12,0 %	8,8 %	1,1 %	0,3 %
1922	24,1 %	6,3 %	16,5 %	13,0 %	10,5 %	6,2 %	12,2 %	8,2 %	2,2 %	0,8 %
1927	12,3 %	15,1 %	16,6 %	12,6 %	11,3 %	5,0 %	11 8 %	7,2 %	4,2 %	3,9 %
1932	21,5 %	22,8 %	10,6 %	7,3 %	6,8 %	5,3 %	7,9 %	6,9 %	6,6 %	5,3 %

In der nun folgenden Tabelle V sind die Gesamteinwohnerzahlen der Rheinprovinz denen, der in den oben genannten Stadtkategorien zahnpflegerisch versorgten Einwohner, gegenübergestellt. Die Differenz ergibt die Bewohner der kleinen und kleinsten Orte und die Landbewohner, die in den Statistiken nicht mit erfaßt wurden. Diese werden von einer Zahl von Zahnärzten und Nichtapprobierten versorgt, die für das Reich 2 % aller Zahnärzte und 24 % aller Nichtapprobierten beträgt, die aber für die Rheinprovinz nicht genau festgestellt werden konnte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß schon heute eine ausreichende zahnpflegerische Versorgung der Rheinprovinz gewährleistet ist. Es erscheint aber wünschenswert, daß sich auch in den kleineren Orten Zahnärzte niederlassen, um auch dem entferntesten Landbewohner eine zahnärztliche Behandlungsmöglichkeit zu bieten.

Tabelle V.

Jahr	Gesamteinwohnerzahl der Rheinprovinz	davon waren versorgt Einwohner:	in wievielen Städten und Ortschaften?
1914	6 853 000	4 551 326	170
1922	7 037 000	4 651 245	170
1927	7 370 000	5 755 748	350
1932	ca. 7 502 000	6 192 299	390

Die öffentliche Fürsorge auf dem Gebiete der Zahnheilkunde in der Rheinprovinz.

Die Schulzahnpflege.

Das vornehmste Ziel der Zahnheilkunde muß im Dienste der Volksgesundheitspflege neben Ausbesserung entstandener Schäden die Vorbeugung sein. Diese muß aber schon möglichst früh im Kindesalter einsetzen. Soweit sie sich auf das noch in Bildung begriffene Gebiß erstreckt, fällt sie in das frühe Säuglingsalter und deckt sich mit den Aufgaben der allgemeinen Gesundheitsfürsorge, wie Rachitisbekämpfung usw. Eine bessere Erfassung aller Kinder ist im Schulalter durch die Schuluntersuchungen gegeben. Es ist Aufgabe und Pflicht der für die Schuljugend Verantwortlichen dafür zu sorgen, daß den Kindern bereits in diesem Alter entstandene Schädigungen in ihren ersten Anfängen beseitigt werden, und ihnen sowohl das kindliche als auch das bleibende Gebiß gesund und kaufähig erhalten wird. Aus dieser Erkenntnis entstand die heute aus dem Rahmen der allgemeinen Fürsorge nicht mehr wegzudenkende Schulzahnpflege.

Die ersten Anfänge zur Entwicklung der Schulzahnpflege finden wir im Jahre 1851, als der Hofzahnarzt des Königs von Belgien, Dr. T a l m a , die Forderung aufstellte, der Staat solle Schulzahnpflegestätten einrichten und die Kinder durch beamtete Schulzahnärzte behandeln lassen. In Deutschland wurde erstmalig 1852 von B r u c k (Breslau) die Einführung der Schulzahnpflege verlangt. Bis zur Verwirklichung dauerte es dann noch viele Jahre. 1879 wurden zum ersten Male in Kassel Zahnuntersuchungen bei Schulkindern durchgeführt. Nachdem 1883 in Frankfurt a. Main beamtete Schulärzte eingeführt waren, wurde bei den regelmäßigen Schuluntersuchungen das Gebiß der Kinder besonders berücksichtigt. Die ersten Schulzahnärzte finden wir zur selben Zeit in den Kadettenanstalten. Von dieser Zeit an stellten neben den Schulärzten auch Zahnärzte der freien Praxis Reihenuntersuchungen an, worunter man eine reihenweise Untersuchung sämtlicher Kinder in den einzelnen Klassen versteht.

Auf Veranlassung von F e n c h e l und R ö s e wurden in der Folgezeit mit Unterstützung der zahnärztlichen Organisationen in einer Reihe von Städten z. B. Hamburg, Berlin, Elberfeld und anderen Reihenuntersuchungen vorgenommen. Diese zeitigten, daß katastrophale zahnhygienische Verhältnisse vorhanden waren, die nach Abhilfe drängten. Das erste praktische Ergebnis dieser Untersuchungen war 1902 die Gründung einer Schulzahnklinik in Straßburg i. E. durch Prof. J e s s e n. Damit war der sozialen Hygiene ein ganz neues Arbeitsgebiet eröffnet, und es entstanden im gleichen Jahre in Darmstadt und in verhältnismäßig rascher Folge in vielen anderen Städten Schulzahnkliniken. Die verschiedenen Stellen, die

sich mit Schulzahnpflege befaßten, wurden 1909 zusammengefaßt, und es bildete sich das „Deutsche Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen". Durch gute Aufklärungsarbeit und mit tatkräftiger Unterstützung der Behörden stieg die Zahl der Schulzahnpflegestätten vor dem Kriege auf 209, sodaß Deutschland auf diesem Zweige sozialer Fürsorge an der Spitze aller Kulturstaaten stand. Während des Krieges gingen eine Reihe von Schulzahnpflegestätten ein, andere mußten ihre Tätigkeit stark einschränken. Nach dem Kriege blieben diese Verhältnisse infolge der traurigen Wirtschaftslage Deutschlands noch bis 1922 bestehen. Von diesem Zeitpunkt ab war man infolge der Erkenntnis der bitteren Notwendigkeit zur Erhaltung der Zähne bestrebt, die Schulzahnpflege wieder einzuführen und zwar möglichst allgemein, um das Uebel gleich an der Wurzel zu fassen. Aber das Fehlen einer systematischen Anleitung zur Organisation einer Schulzahnpflege und die beschränkten Mittel, die für den Ausbau zur Verfügung standen, verzögerten die allgemeine Einführung noch etliche Jahre.

Den ersten Schulzahnkliniken blieb aber der gewünschte Erfolg aus. Dieser sollte darin bestehen, das bei der Einschulung mit Zahnschäden behaftete Kind von denselben zu befreien, und es mit kaufähigem Gebiß durch die Schuljahre hindurch zu leiten, um es dann mit gesunden Zähnen aus der Schule zu entlassen. Dieses Ziel wurde aber nicht erreicht. Dabei spielten viele Faktoren eine Rolle. Der Hauptgrund war wohl der, daß der Besuch der Schulzahnklinik dem Ermessen der Eltern überlassen blieb. Wenn die Aufforderungen, das Kind in die Klinik zu schicken, auch noch so gut begründet waren, so entschloß sich die Masse auf Grund der bisherigen mangelhaften Erziehung zur Hygiene doch nur zu Maßnahmen, die die Not unbedingt erforderte. Erst das Auftreten von Schmerzen bildet meist den Anlaß zum Besuch der Klinik. Das ist aber der Zeitpunkt, an dem bereits eine komplizierte und zeitraubende Behandlung des Zahnes in mehreren Sitzungen erforderlich ist. Hierdurch wird schon von einem kleinen Teil der Kinder die Arbeitskraft des Zahnarztes so in Anspruch genommen, daß zu vorbeugenden Maßnahmen keine Zeit übrig bleibt. Während auf der einen Seite ein Zahn gefüllt wird, erkranken auf der anderen Seite schon wieder einige Zähne. Der Betrieb gestaltet sich dadurch äußerst unrationell.

Ein weiterer Mißstand war das in vielen Städten angewandte Abonnementssystem. Darunter versteht man eine teilweise Aufbringung der Kosten der Schulzahnpflege durch die Eltern in Form eines Abonnements, das meist zum Besuch der Schulzahnklinik für die Dauer eines Jahres berechtigt. Ein solches Abonnement wurde aber meist nur bei auftretenden Schmerzen genommen. Wenn dann die Schulzahnklinik auf dem besten Wege war, das nun endlich in Behandlung gekommene Kind zu sanieren, wurde das Abonnement nicht erneuert, da ja keine Schmerzen mehr vorhanden waren. Erst nach Jahren, wenn wieder Schmerzen auftraten, wurde das Kind zur Klinik geschickt.

Diese Mängel und die ungeregelte, von Zufällen abhängige Arbeitsweise erkannte Prof. Kantorowicz (Bonn) schon 1912 während seiner Tätigkeit in der Schulzahnpflege in Ruhpolding (Bayern) in ihrer ganzen Tragweite. Er sorgte dann dafür, daß die Arbeitsweise nach einem planmäßig arbeitenden System und einem straffen Sanierungsplan eingerichtet wurde. Er ging dabei von der Erkenntnis jener Selbstverständlichkeit aus,

„daß jede noch so große Zahnhöhle einst eine ganz kleine Zahnhöhle war, und jede noch so komplizierte und zeitraubende Behandlung einst eine ganz einfache und kurze gewesen wäre". Daraus entstand seine Forderung nach frühzeitigster Erfassung der Zahnkrankheiten bei Verminderung aller dieser Erfassung hemmenden Faktoren, besonders der Abhängigkeit der finanziellen Lage und der Einsicht hygienisch Unaufgeklärter. Es sollen möglichst alle Kinder an der Sanierung teilnehmen, und die kostenlose Behandlung möglichst innerhalb der Schulzeit stattfinden.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen brechen sämtliche bleibenden Zähne während der Schulzeit durch. Dadurch ist bei systematischem Vorgehen und regelmäßiger Kontrolle die beste Möglichkeit gegeben, die entstehenden Schäden in ihren Anfängen zu bekämpfen und das bleibende Gebiß gesund und vollständig zu erhalten.

Zur Erreichung dieses Zieles bildeten sich dann im Laufe der Zeit verschiedene Systeme aus. Die Wahl zwischen den einzelnen bleibt den Städten, Kreisen und Gemeinden überlassen, da die Einrichtung der Schulzahnpflege ja nicht staatlich geregelt ist. Sie richtet sich neben der finanziellen Lage auch nach der verkehrswirtschaftlichen Lage der Orte, der kulturellen und hygienischen Einstellung der Oeffentlichkeit, der Eltern und Schule, der Verwaltungsmöglichkeit und nicht zuletzt nach den am Ort praktizierenden Zahnärzten und nicht approbierten Behandlern.

Die einfachste Art der Schulzahnpflege besteht darin, daß bei den regelmäßigen ärztlichen Schuluntersuchungen auch auf Zahnschäden geachtet wird, und die Kinder bei Vorhandensein derselben angewiesen werden, sich zahnärztlich behandeln zu lassen. Diese Methode ist aber wenig Erfolg versprechend.

Eine schon etwas bessere Methode ist die, daß die Stadt einen Zahnarzt zur regelmäßigen Untersuchung der Schulkinder anstellt, der die notwendige Behandlung den Eltern schriftlich mitteilt. Diese Behandlung wird dann von den am Ort ansässigen Zahnärzten und Nichtapprobierten in der freien Praxis nach Wahl und Ermessen der Eltern durchgeführt. Soweit die Eltern krankenkassenpflichtig sind und die Familienversicherung der Kasse angeschlossen ist, stößt dieses auf keine Schwierigkeiten, da dann ja die Kasse die Kosten zu tragen hat. Anders ist es bei den Eltern, deren Kinder nicht in die Versicherungspflicht einbezogen sind, und die die Behandlungskosten selbst tragen müssen. Diese Eltern würden ihre Kinder nur beim Vorhandensein von Schmerzen zur Behandlung schicken und nur das Nötigste machen lassen. Da den meisten Eltern die Sanierungskosten in der Privatpraxis unerschwinglich sind, müßte die Stadt bei nichtversicherungspflichtigen Kindern die Kosten übernehmen. Dieser Weg ist jedoch nicht zu empfehlen.

Einen besseren Erfolg verspricht die Behandlung der Kinder in einer Schulzahnklinik. Diese kann von haupt- und nebenamtlichen Zahnärzten geleitet sein. Die Kinder werden dann in der Schule untersucht und zur Behandlung in die Klinik bestellt, oder sie werden klassenweise zur Untersuchung und Behandlung in die Klinik geführt. Die Orte, in denen sich die Einrichtung einer Klinik wegen zu geringer Kinderzahl nicht lohnen

würde, müßten durch eine fahrbare Klinik in regelmäßigen Abständen versorgt werden.

Umstritten ist die Frage, in welchem Alter die Schulzahnpflege einsetzen soll. Bei dem Mannheimer System untersuchen die Zahnärzte die Kinder in der Schule erst vom fünften Schuljahr an und behandeln sie in der freien Praxis. Der Nachteil dieses Systems liegt darin, daß die Schulkinder erst im zehnten oder elften Lebensjahre zur Behandlung kommen, so daß, abgesehen von der vollkommenen Vernachlässigung des Milchzahngebisses, auch schon die bleibenden Zähne schwer erkrankt sind. Untersuchungen, die von Kantorowicz über dieses System angestellt wurden, ergaben, daß ca. 25 % der bleibenden Zähne der Zange verfallen und 10 % nur durch Wurzelbehandlung zu retten waren, ganz abgesehen von den Schäden, die bei der Kieferbildung auftreten.

Das verbesserte Mannheimer System mit planmäßiger Sanierung will die Kinder im ersten Schuljahr erfassen und eine weitere halbjährliche Untersuchung in der Schule und erforderlichenfalls Behandlung in der freien Praxis durchführen. Die Hoffnung auf völlige Sanierung bleibt dahingestellt, weil meist nicht genügend Zahnärzte zu finden sind, die Neigung zur Kinderbehandlung zeigen und ihre Praxis zu diesem Zweck in weitestem Maße zur Verfügung stellen. Wenn den Kindern auch Ueberweisungskarten mitgegeben werden, so ist damit noch nicht gesagt, daß sie auch wirklich zur Behandlung gehen, weil auf sie ja kein Zwang ausgeübt wird. Nach Untersuchungen von Müller-Voigt über dieses System kamen nur 12,5 % der Schulkinder wirklich zur Behandlung. Schenck (Bonn) stellte bei Untersuchungen über dieses System fest, daß bei 2000 Schulkindern der obersten Klassen 97,2 % durchschnittlich 6 erkrankte Zähne hatten. Dieses niederschmetternde Ergebnis stammt aus einer Stadt, in der seit 1908 Schulzahnpflege betrieben wird. Da jedoch bei diesem System die Behandlung der Kinder in der freien Praxis bleibt, wird diese Art der Schulzahnpflege heute noch in einigen Städten Deutschlands durchgeführt.

Das Frankfurter System will die planmäßige Sanierung der Kinder in einer hauptamtlich versorgten Zahnklinik erreichen, aber auch erst vom 11ten Schuljahre ab. Da auch hier wieder die Behandlung zu spät einsetzt, kommen hauptsächlich fortgeschrittene Krankheitsfälle zur Behandlung. Dadurch ist eine große Zahl von Zahnentfernungen und eine langwierige, mit Zeit und Geld verbundene Wurzelbehandlung bedingt. Meines Wissens will die Stadt Frankfurt a. Main dieses später verbesserte, aber dennoch wenig Erfolg sichernde System abschaffen und zu dem Bonner System übergehen. Diese Maßnahme stößt augenblicklich noch auf finanzielle Schwierigkeiten.

Die besten Ergebnisse werden durch das Bonner System erzielt, bei dem die volle kostenlose Sanierung vom Einschulalter bis zur Schulentlassung durchgeführt wird. Die Untersuchungen aller Kinder finden halbjährlich statt. Die bleibenden Zähne werden restlos behandelt, die Milchzähne nur insoweit sie Schmerzen verursachen, oder das bleibende Gebiß gefährden. Der Aufbau dieser Schulzahnpflege geschieht jahrgangsweise. Man beginnt immer mit der untersten Klasse und nimmt jedes Jahr einen weiteren Jahrgang hinzu, sodaß erst nach 7—8 Jahren alle Klassen erfaßt

sind. Alle Schulen werden jährlich zweimal untersucht. Dieses System, das von Kantorowicz erdacht und eingeführt wurde, hat die weiteste Verbreitung gefunden und ist zweifellos die beste aller bisher bekannten Methoden der Schulzahnpflege. Da dieses System in seinem Erstehungsgebiet, der Rheinprovinz, die weiteste Verbreitung gefunden hat, soll in den nächsten Kapiteln noch näher darauf eingegangen werden.

Neben der Art der Durchführung der Schulzahnpflege sollen auch die für sie in Frage kommenden Behandlungsstätten besprochen werden. Am häufigsten finden wir die Zentralklinik. Für kleinere und mittlere Städte bis zu 120 000 Einwohnern, wo die Behandlung der Kinder von einem Mittelpunkt aus möglich ist, eignet sich am besten die Zentralklinik. Sie wird zweckmäßig aus verwaltungs- und finanztechnischen Gründen in einem öffentlichen Gebäude untergebracht. Wünschenswert erscheint dabei die Einrichtung von 2 Wartezimmern. Erfahrungsgemäß schüchtern die schon behandelten Kinder, wenn sie aus dem Sprechzimmer kommen, die noch wartenden Kinder ein und erschweren die Behandlung derselben.

In größeren Städten oder solchen, bei denen sich wegen großer Flächenausdehnung die Behandlung von einem Mittelpunkt aus nicht gut ermöglichen läßt, ist die Dezentralisation unbedingt erforderlich. Zu diesem Zwecke wird die Stadt in mehrere Bezirke eingeteilt, und neben der Hauptklinik werden kleinere Behandlungsstätten eingerichtet. Man verfährt dabei so, daß man für ca. 6000 Kinder eine Klinik möglichst in einer Schule einrichtet, um die Anmarschwege zu ersparen, und eine reibungslose Behandlung während des Unterrichtes durchführen zu können. Eine solche Nebenstelle wird von einem Zahnarzt versorgt und der Leitung der Zentralklinik untergeordnet.

Grundsätzlich verschieden von der Organisation in den Groß- und Mittelstädten ist die Schulzahnpflege in den Landgemeinden. Da lohnt sich wegen der geringen Kinderzahl die Einrichtung einer festen Klinik nicht. Hier muß eben die fahrbare Klinik in Tätigkeit treten. Diese wird an die einzelnen Schulen herangebracht. Nur in ganz kleinen Gemeinden werden die Kinder nach dem Zubringersystem zu dieser Klinik gebracht.

Wer trägt nun die Kosten der Schulzahnpflege? Dafür kommen der Staat, die Gemeinden, bei leistungsunfähigen kleineren Gemeinden der Kreis, die Krankenkassen und die Eltern in Betracht. Ein gesetzlicher Zwang zur Einführung der Schulzahnpflege besteht nicht. Auf Grund der Selbstverwaltung sind heute die Gemeinden die eigentlichen Träger der Schulzahnpflege. Der Staat, die Krankenkassen und in vielen Fällen die Eltern leisten Zuschüsse.

Die Krankenkassen leisten Zuschüsse, zu denen sie nicht verpflichtet sind, weil sie das größte Interesse daran haben, daß die in das Erwerbsleben eintretenden Schulentlassenen durch die Schulzahnpflege mit gesundem Gebiß versicherungspflichtig werden. Es ist für die Kassen nämlich bedeutend billiger, die späteren nur noch verhältnismäßig gering auftretenden Zahnschäden laufend zu beseitigen, als die ohne die Schulzahnpflege nicht zu vermeidenden, langwierigen Wurzelbehandlungen und die zwangsläufigen Zahnentfernungen mit nachfolgendem künstlichen Zahnersatz zu bezahlen.

Die Heranziehung der Eltern zur Kostenaufbringung für die Schulzahnpflege stößt häufig auf Schwierigkeiten, die in der verschiedenartigen sozialen Schichtung bedingt sind. Soweit sie leistungsfähig sind, ist es moralisch und rechtlich ihre Pflicht, gesundheitliche Schäden von ihren Kindern fern zu halten.

Die weiteste Verbreitung hat die Schulzahnpflege in den Volksschulen gefunden. In einigen Städten ist man auch dazu übergegangen, das Vorschulalter bei den Kindern in Horten und Kleinkinderschulen und weiter die Berufs-, Mittel- und höheren Schulen in die Schulzahnpflege einzubeziehen.

Leider hat die wirtschaftliche Not unserer Tage die Weiterentwicklung der Schulzahnpflege gehemmt. Teilweise, namentlich auf dem Lande, mußte sie in letzter Zeit eingestellt werden. Beamtete Schulzahnärzte, die jahrelang an dem Aufbau gearbeitet hatten, wurden entlassen, pensioniert, auf Wartegeld gesetzt oder auf dem Gebiete der zahnärztlichen Fürsorge von Wohlfahrtsempfängern und Erwerbslosen beschäftigt. Teilweise sind die Gemeinden dazu übergegangen, die Schulzahnkliniken ihrem eigentlichen Zweck zu entziehen, und haben sie mit der Aufgabe der Versorgung Erwachsener auf Grund der Fürsorgepflichtverordnung betraut. Die mehr chirurgische und technische Behandlung Erwachsener entspricht nicht der Kinderbehandlung. Wo Erwachsene und Kinder gleichzeitig betreut werden, leidet die Schulzahnpflege. Es ist zu wünschen, daß möglichst gleichzeitig mit der Wirtschaftskrise auch diese Erscheinungen wieder verschwinden und die Schulzahnpflege weiter ausgebaut werden kann.

Ein großer Fortschritt ist es aber, daß die Behörden heute die Bedeutung der Schulzahnpflege zu würdigen wissen. In einem Schreiben des Reichsarbeitsministeriums vom Oktober 1931 an die Spitzenverbände der Krankenkassen wird eine gutachtliche Aeußerung des Reichsversicherungsamtes mitgeteilt. Daraus geht hervor, daß die Sanierung der Zähne durch die planmäßige Schulzahnpflege bedeutend wertvoller und auch billiger ist als die spätere Behandlung des einzelnen Krankheitsfalles durch die Familienversicherung. Weiterhin weist das Ministerium für Volkswohlfahrt in einem Runderlaß vom Januar 1932 darauf hin, daß durch die notwendigen Sparmaßnahmen die Stützpunkte der vorbeugenden Fürsorge, bei denen die Schulzahnpflege ausdrücklich erwähnt wird, möglichst nicht gefährdet werden sollen.

Die Entwicklung der planmäßigen Schulzahnpflege in der Rheinprovinz.

Die gegenwärtige Schulzahnpflege in Deutschland weist als besonderen Lichtblick die planmäßige Zusammenfassung der Schulzahnpflege einer ganzen Provinz, der Rheinprovinz, auf. Diese Tatsache ist der Tätigkeit des Herrn Prof. Kantorowicz zu verdanken. Seine langjährige Mitarbeiterin Frau Dr. Schenck (Bonn) hielt auf der Zahnärztetagung 1931 in Bonn einen Vortrag über die Entwicklung der planmäßigen Schulzahnpflege in der Rheinprovinz. Hiernach stellte Kantorowicz die bis 1919 planlos arbeitende Bonner Schulzahnklinik auf den planmäßigen Betrieb um. Es wurde zunächst an dem Ziel gearbeitet, alle Kinder lückenlos zu erfassen und sie mit möglichst lückenlosem und gesundem Gebiß aus der

Schule zu entlassen. Der Erfolg ließ auch nicht lange auf sich warten. Die Zahl der Füllungen nahm zu, die Zahl der Entfernungen bleibender Zähne nahm bedeutend ab.

Ein schöner Erfolg der planmäßigen Schulzahnpflege war auch die Uebertragung des Bonner Organisationsbeispieles auf die Landgemeinden. Schon im Jahre 1923 beantragte die Gemeinde Beuel die Mitversorgung ihrer Schulen.

Mit den einfachsten Mitteln, die wir uns heute im Zeitalter der automobilen Schulzahnklinik kaum mehr vorstellen können, wurde die Versorgung ermöglicht. Die im Flachland liegenden Schulen mußten zur Untersuchung vom Zahnarzt mit dem Instrumentarium im Rucksack auf dem Fahrrade besucht und die im gebirgigen Gelände liegenden Schulen sogar zu Fuß aufgesucht werden. Alle behandlungsbedürftigen Kinder kamen dann in Gruppen oder einzeln in die Klinik nach Bonn. In dieser Form wurden vier Jahrgänge versorgt. 99 % der Eltern waren trotz der Neuheit der Organisation mit der Behandlung ihrer Kinder einverstanden. Die Sanierungsziffer betrug über 90 % aller Kinder.

Diese Erfolge ermutigten zur weiteren Ausdehnung der planmäßigen Versorgung auf den ganzen Landkreis Bonn. Aber überall traten fast unüberwindliche Widerstände auf. Der große Flächeninhalt des Kreises und die große Endversorgungszahl von 10 000 Kindern erforderten neue Organisationsmöglichkeiten. Es kam der Gedanke der automobilen Schulzahnklinik auf und drängte nach Verwirklichung.

Merkwürdigerweise begegnete dieser Gedanke aber besonderer Skepsis. Die Einwände — nicht standesgemäß, Geländeschwierigkeiten, Bedenken gegen Einnahme von Wasser und Strom, weiter, daß die Erschütterung beim Fahren die für den Zahnarzt erforderliche Beherrschung fein dosierter Armbewegungen gefährde — scheinen heute, da die automobile Schulzahnpflege durchgeführt ist, unglaublich.

Zur Gewinnung der Beteiligten waren aber noch vier Jahre unermüdlicher Propaganda und ein erheblicher materieller Anreiz nötig. Der damalige Dezernent im Wohlfahrtsministerium, Dr. K ö n i g, stellte in großzügiger Weise die Hälfte der für Schulzahnpflege vorhandenen Mittel eines ganzen Jahres zur Verfügung, geleitet von dem Gedanken, daß an e i n e r Stelle ausreichende Mittel wirksamer sind als unzulängliche an vielen Stellen. Dadurch erhielt der Landkreis Bonn den ersten automobilen Schulzahnarztwagen.

Die Einrichtung desselben erforderte einiges Nachdenken. Grundbedingung zur Erreichung des erwarteten Erfolges war zweckmäßigste und sparsamste Ausnutzung der Kraft des Zahnarztes. Deshalb mußte sich die Anordnung aller Einrichtungsgegenstände aufs engste dem Arbeitsgang anpassen und jeder Handgriff berücksichtigt werden. Es ist selbstverständlich, daß dabei allen Erfordernissen der modernen Hygiene Rechnung getragen wurde.

Der erste fertige Wagen war zwar noch ein automobiles Ungeheuer, erregte aber doch auf der Ausstellung „Gesolei“ in Düsseldorf Aufsehen und machte Propaganda. Er wurde dann in Dienst gestellt und führt seit sieben Jahren seine Arbeit durch.

Wenn die Sanierung nun in einem Kreise gelang, warum sollte sie dann nicht auch in einer ganzen Provinz gelingen? Aus dieser Anschauung entstand dann der Siebenjahresplan zur schulzahnärztlichen Versorgung der gesamten Rheinprovinz. Weitere drei Jahre unermüdlicher propagandistischer Tätigkeit verstrichen wieder, bis an seine Durchführung gedacht werden konnte.

Einen weiteren Förderer, der sich ganz für diese Idee einsetzte, fand Kantorowicz in dem Leiter des Landesjugendamtes in Düsseldorf, dem Landesrat Gerlach. Dem Bemühen beider ist es zu danken, daß das Landesjugendamt in seinen Etat jährlich RM 50 000,— für Neueinrichtungen von Schulzahnpflegestätten in der Rheinprovinz einstellte. Dadurch war der Plan finanziell gesichert.

Das Ansehen der planmäßigen Schulzahnpflege wuchs immer mehr, und sie erfreute sich besonders in den ländlichen Bezirken allgemeiner Beliebtheit. So war es nicht mehr schwer, die Verwaltungen für ihre Einführung zu interessieren. Schon etwas schwieriger war es, die Organisationsart den jeweiligen örtlichen und politischen Verhältnissen anzupassen. Dieses gelang, und in jeder der im ersten Jahre eingerichteten Schulzahnpflegestätten wurde die Organisationsform eine andere.

In den Kreisen Köln und Bitburg wurde ein Schulzahnarzt hauptamtlich eingestellt; der Kreis Heinsburg übertrug im Nebenamt die Schulzahnpflege einem ortsansässigen Zahnarzt. Der Kreis Koblenz betraute mit der Durchführung der Schulzahnpflege drei Zahnärzte der Privatpraxis, von denen jeder einen Bezirk voll verantwortlich übernahm.

Im Kreise Adenau konnte mit 3000 Kindern eine eigene automobile Klinik nicht voll ausgenutzt werden. Deshalb wurde eine stationäre Klinik eingerichtet, und die Kinder wurden aus den verschiedenen, teils sehr entfernt liegenden kleinen Schulen mit einem eigens zu diesem Zwecke angeschafften Omnibus herangeholt.

Dieses Zubringersystem bewährte sich ausgezeichnet. Da auch die Arbeitskräfte wegen der niedrigen Versorgungszahl nicht voll ausgenutzt werden konnten, gestaltete sich ihre Besetzung folgendermaßen: den schulzahnärztlichen Dienst versieht der im Nachbarkreis ansässige Kollege, die Helferin ist gleichzeitig Haushaltslehrerin im Ort, der Chauffeur wird im Hauptamt von der Krankenkasse beschäftigt.

Auch Köln und Bitburg, die beide einen Schulzahnarzt hauptamtlich angestellt haben, unterscheiden sich in ihrer Organisation. Das ist auf den großen Geländeunterschied der beiden Kreise zurückzuführen. Köln liegt im Flachland und kann seine automobile Klinik an alle Schulen heranfahren. Bitburg in der hohen Eifel dagegen kann besonders im Winter seine Schulen mit dem großen Wagen nur unter beträchtlichen Schwierigkeiten erreichen. In diesen isolierten Schulen ist manchmal die Kinderzahl so gering, daß es sich oft kaum lohnt, für sie den ganzen Wagen in Betrieb zu setzen. Deshalb hat der Kreis noch ein Kleinauto angeschafft, mit dem die Kinder an den Klinikwagen herangebracht werden. Es besteht somit ein kombiniertes Zubringersystem.

In vier von diesen fünf Fällen ist der Kreis Träger der Schulzahnpflege. Die Krankenkassen zahlen aber entsprechende Zuschüsse. Nur in

Adenau untersteht die Schulzahnpflege der Krankenkasse selbst und wird vom Kreis unterstützt.

Der Aufbau erfolgte überraschend schnell, aber nur zu bald trat ihm die Wirtschaftskrise hemmend entgegen. Im ersten Jahre waren die Anträge auf Beihilfe zur Errichtung von Schulzahnpflegestätten bei weitem größer als die zur Verfügung stehenden Mittel. Aber schon im zweiten Jahre wurde die lebhafte Initiative bei den meisten der in Betracht kommenden Körperschaften durch die Aussichtslosigkeit des Etatsausgleiches und die Sorge, Angefangenes nicht durchführen zu können, erstickt.

Im Jahre 1931 hatte die Beratungsstelle für die Schulzahnpflege in der Rheinprovinz, die von K a n t o r o w i c z und S c h e n c k betreut wurde, harte Arbeit. Um aber trotz allem eine Möglichkeit zur Durchführung zu finden, wurden Besprechungen über Besprechungen abgehalten. Es gibt nur wenige Kreise und Krankenkassen, die sich nicht mit dem Problem der Schulzahnpflege befaßt haben. Diese Gärung lockerte immerhin den Boden für die künftige Entwicklung und muß somit schon als positives Ergebnis verzeichnet werden.

Im letzten Jahre kam nur eine Neueinrichtung (Düren) zustande. Die vorhandenen Mittel wurden dazu verwandt, die schon bestehenden Einrichtungen vor der Einstellung des Betriebes zu bewahren. An die Hergabe eines Zuschusses wurde jedoch die Bedingung strengster Planarbeit nach bestehenden Richtlinien geknüpft. Auf diese Weise wurde eine Reihe von Schulzahnkliniken für die Planmäßigkeit gewonnen und die Ausbreitung des Gedankens mit bescheidenen Mitteln gefördert.

Einen durchschlagenden Erfolg brachte das dritte Planjahr. Der Vorstand des Krankenkassenverbandes im Reg.-Bez. Aachen, Direktor W e b e r , trat an die Beratungsstelle mit dem Plan heran, alle ihm angeschlossenen Krankenkassen zu einer gemeinsamen schulzahnpflegerischen Organisation zusammenzufassen, d. h. einen ganzen Regierungsbezirk planmäßig zu versorgen. Durch Zustimmung der Mehrheit der Verbände waren alle Garantien gegeben, daß der Plan auch wirklich durchgeführt werden konnte. Daraufhin entschloß sich das Landesjugendamt, den größten Teil der in diesem Jahre bereitgestellten Mittel dem Verband allein zur Verfügung zu stellen. Mit Erreichung dieses Zieles wurde zum erstenmal eine so große Organisation geschaffen, wie sie in Deutschland beispiellos dasteht.

Von einer Million Schulkinder in der Rheinprovinz sind bisher 300 000 in die planmäßige Schulzahnpflege einbezogen, und zwar in den Kreisen Bonn, Köln, Koblenz, Bitburg, Heinsberg und Geilenkirchen, Bergheim, Adenau, Aachen, Monschau, Neuwied und in dem Rhein-Wupper-Kreis. Außerdem werden in einer großen Anzahl von Einzelgemeinden, z. B. Köln-Mülheim, Wald und anderen, die Kinder planmäßig versorgt. (Siehe Karte.)

Die Verbreitung der planmäßigen Schulzahnpflege in der Rheinprovinz ist aus dieser Karte ersichtlich.

Durch den Zusammenbruch unserer Wirtschaft, die Notverordnungen, die den Krankenkassen verbieten, Mittel für die Finanzierung der

Schulzahnpflege zur Verfügung zu stellen, weiterhin durch den Zwang für die Kreise, ihren Haushalt unter Streichung aller Mittel, für die keine rechtliche Verpflichtung vorliegt, ins Gleichgewicht zu bringen, ist die Durchführung der Schulzahnpflege stark bedroht. An Neueinrichtungen ist augenblicklich nicht zu denken. Sogar bei weitestem Entgegenkommen des Wohlfahrtsministeriums und des Landesjugendamtes, durch kostenlose

(Karte nach Scherk)

Stellung einer festen oder automobilen Klinik mit allem Inventar wird die Neueinrichtung von den Gemeinden abgelehnt, weil sie die entstehenden laufenden Kosten nicht zu tragen vermögen. Trotz allem hat es sich aber erreichen lassen, daß in der Rheinprovinz keine Organisation ihren Betrieb einstellen mußte oder auch nur gezwungen war, Einschränkungsmaßnahmen zu ergreifen, die geeignet gewesen wären, den nun einmal erreichten Erfolg in Frage zu stellen.

Tabelle VI.

Stand der Schulzahnpflege

in Bonn-Stadt u.-Land am Ende d. Schuljahres 1931/32

Schule oder Schuljahr	Gesamtzahl der Kinder	Von diesen haben nicht gesunde Zähne weil: die Eltern nicht einverstanden	sie i. d. Schule fehlten	sie widerspenstig waren	sie zur systematischen Extraktion vorgem. sind	haben jetzt (einschl. der gefüllten Zähne) gesunde bleibende Zähne insges.	in %	gesunde bleibende und gesunde Milchzähne insges.	in %
I	II	III	IV	V	VI	VII		VIII	
Bonn-Stadt Volksschulen 1—8	7869	166	161	9	326	7533	95,7		
Berufsschulen 9—11	2992	80	296	76	5	2465	84,6		
Höhere Schulen	3099	—	—	—	—	1963	92,8		
Bonn-Land Volksschulen 1—6	7202	171	117	9	217	6905	95,9		

Leistungen der Schulzahnpflegestätten

in Bonn-Stadt u. -Land im Schuljahr 1931/32

Schule oder Schuljahr	Füllungen in bleibenden Zähnen	Füllungen in Milchzähnen	Davon mit Wurzelbeh. in bleibenden Zähnen	Davon mit Wurzelbeh. in Milchzähnen	Entfernungen von bleibenden Zähnen wegen: Zahnfäule	Entfernungen von bleibenden Zähnen wegen: Mißbildung	Entfernungen von bleibenden Zähnen wegen: Engstand	Entfernungen von Milchzähnen
I	II		III		IV			V
Bonn-Stadt Volksschulen 1—8	2933	208	100	78	1	136	—	1801
Berufsschulen 9—11	716	1	176	—	70	18	5	14
Höhere Schulen	1074	10	154	—	12	45	4	190
Bonn-Land Volksschulen 1—6	2398	70	65	8	4	52	—	1256

*) Nicht zutreffendes streichen.

Spalte II. Während des Aufbaues ist nur die Zahl der Kinder aus den planmäßig erfaßten Schuljahrgängen anzugeben.

Spalte VII zeigt den sozialhygienischen Dauererfolg der Schulzahnpflege an.

Spalte III—VI erklärt die Differenz zwischen der Gesamtzahl der Kinder (Spalte II) und der Zahl der Kinder, die gesunde bleibende Zähne haben (Spalte VII).

Die Summe von Spalte III—VII muß gleich sein der Anzahl der Kinder (II).

Spalte VIII füllen nur Kliniken aus, die auch Milchzähne planmäßig sanieren können.

Nähere Angaben über die Tätigkeit einzelner Schulzahnkliniken in der Rheinprovinz.

Nach den vorausgegangenen allgemeinen Erörterungen über Schulzahnpflege und ihre planmäßige Entwicklung in der Rheinprovinz kann nun auf ihre Tätigkeit und Leistungen eingegangen werden. Da es aber zu weit führen würde, die Tätigkeit der über 20 Schulzahnkliniken des Rheinlandes im einzelnen zu erörtern, sind ihre Leistungen in der beigefügten Tabelle VII zusammengefaßt. Es soll hier nur der Jahresbericht der Städtischen Schulzahnklinik zu Bonn im Schuljahr 1931/32 herausgegriffen werden.

Die Bonner Schulzahnklinik besteht aus einer Hauptklinik, die in dem Gebäude der Bonner Universitäts-Zahnklinik untergebracht ist, aus einer Zweigpraxis in der Berufsschule und einem Klinikauto zur Versorgung des Landkreises. Es wird streng planmäßig nach dem Bonner System gearbeitet. Alle Kinder werden zweimal jährlich untersucht. Sämtliche Leistungen werden am Ende des Schuljahres in die „Einheitsstatistik planmäßig nach Bonner System sanierender Schulzahnkliniken" eingetragen. Behandelt werden die Kinder aller Volksschulen, der Städtischen Berufs- und Handelsschulen und der höheren Schulen. Ein Zahnarzt hat 6000 Kinder zu betreuen. Die Durchschnittsbehandlungskosten konnten auf ca. RM 1,70 pro Kind gegenüber RM 1,88 im Vorjahre heruntergedrückt werden. Die Kosten werden teils von der Stadt und teils von den Eltern der Kinder höherer Schulen getragen, die bis zu RM 5,— Jahresbeitrag zahlen. Dadurch ist die kostenlose Behandlung der Volksschulkinder ermöglicht.

Die Gesamtzahl der Schulkinder betrug im Schuljahr 1931/32 in Bonn-Stadt 7 869. Davon konnten am Ende des Schuljahres 95,7 % als saniert betrachtet werden. Versorgt wurden alle acht Jahrgänge der Volksschulen.

In die Schulzahnpflege Bonn-Land wurde ein weiterer Jahrgang einbezogen, so daß nun 6 Jahrgänge mit 7 202 Kindern schulzahnärztlich versorgt wurden. Davon wurden 95,9 % saniert. Die Gesamtzahl der durch die Schulzahnklinik planmäßig erfaßten Volksschulkinder in Bonn-Stadt und -Land betrug 15 071 gegenüber 13 762 im Jahre 1930/31.

In den Städtischen Berufs- und Handelsschulen wurden alle drei Jahrgänge mit 2 992 Kindern planmäßig versorgt; 84,6 % haben ein gesundes bleibendes Gebiß.

Von den Teilnehmern an der Schulzahnpflege in den höheren Schulen und der Städtischen Mädchen-Mittelschule hatten am Schluß des Berichtsjahres 92,8 % gesunde bleibende Zähne. In den Privatschulen und dem Staatlichen Gymnasium ging die Beteiligung an der Schulzahnpflege infolge der im vergangenen Jahre vorgenommenen Erhöhung der Jahresbeiträge auf 45,5 % zurück, in den Städtischen höheren Schulen und in der Mittelschule stieg die Beteiligung von 78,9 % auf 82,9 %. Aus den noch nicht planmäßig versorgten Oberklassen der Privatschulen wurden außerdem 88 Kinder behandelt.

Die einzelnen Leistungen der Bonner Schulzahnkliniken sind aus der Einheitsstatistik (Tabelle VI) ersichtlich.

Die Versorgung wurde auch auf das Vorschulalter ausgedehnt. Da sich die Kleinkinder aber schlecht erfassen lassen, mußte sie in einer allgemeinen Rachitisbekämpfung bestehen. Es ist dieses das einzige Mittel, wodurch eine ausreichende zahnärztliche Prophylaxe betrieben werden kann. Dadurch ist es gelungen, innerhalb der letzten fünf Jahre die Zahl der Rachitisfälle in Bonn von 50 % auf 1 % herabzudrücken. Die Zeit ist aber noch zu kurz, um ein abschließendes Urteil über den Zahnbestand der rachitisfreien Kinder abgeben zu können. Es kann aber ziemlich bestimmt angenommen werden, daß die hypoplastischen Zähne aus dem kindlichen Gebiß ganz verschwinden werden.

Nun sei auch noch etwas über die orthodontische Abteilung der Städtischen Schulzahnklinik gesagt. Sie besteht aus zwei Abteilungen. Der ersten obliegt die orthodontische Fürsorge; die zweite erstrebt die Heilung ausgebildeter Anomalien. Im Schuljahr 1930/31 wurden in der ersten Abteilung (Fürsorge) sämtliche Fälle von Progenien der ersten beiden Schuljahre erfaßt und 53 neue Fälle der Behandlung zugeführt. Die Zahl der behandelten Fälle von Kieferkompression mit und ohne Distalbiß erhöhte sich auf 545. Ferner wurden die bereits im vorangegangenen Jahre versuchsweise in Behandlung genommenen Anomalien „Extraktionsfolgen" und „Deckbiß" in größerer Zahl behandelt, so daß mit diesen Fällen die Zahl der in Behandlung befindlichen Kinder 842 betrug. 500 neue Apparate wurden eingesetzt.

Die zweite Abteilung, die sich mit der Behandlung ausgebildeter Anomalien befaßt, behandelte 149 Patienten; 82 Apparate wurden dafür fertiggestellt. Außerdem wurden 25 neue Patienten in die Behandlung aufgenommen. Es wurden untersucht: 14 Schulen mit 54 Klassen und 2 065 Kindern. Von diesen hatten 946 = 45,9 % Anomalien; behandlungsbedürftig waren davon 614 Kinder. Das Einverständnis zur Behandlung konnte von 247 = 40,2 % der Eltern erlangt werden.

Um bei den Kindern durch längeres Warten keine Angst vor der Behandlung aufkommen zu lassen, wird in dem Wartezimmer der Bonner Schulzahnklinik ein zahmer Affe gehalten. Dieser übt starke Anziehungskraft aus und bereitet den Kindern viel Freude.

Damit die Jugend auch an eine richtige Zahn- und Mundpflege gewöhnt wird, muß sie unter Anleitung einer Schwester vor der Behandlung praktisch üben, die Zähne vorschriftsmäßig zu putzen und den Mund richtig auszuspülen.

Die Leistungen weiterer Schulzahnkliniken der Rheinprovinz sind in der Tabelle VII zusammengestellt. Es wurden an die Leiter derselben Fragebogen gesandt. Soweit diese zurückgeschickt wurden, sind ihre Angaben in diese Tabelle eingetragen.

Die Zahnkliniken.

Nachdem wir uns nun ein Bild über die zahnärztliche Versorgung Jugendlicher durch die Schulzahnpflege gemacht haben, sollen im folgenden

Tabelle VII — Leistungen der Schulzahnkliniken in der Rheinprovinz 1931/32

Ort	Träger der Schulzahnpflege	Jahr	Zahl der Schulkinder insgesamt	Es werden versorgt: Volksschulen	Berufsschulen	Höhere Schulen	Art u. Umfang der Fürsorge durch Zahnärzte: Halbtagsbeschäftigung	Ganztagsbeschäftigung	Klinik	Reihenuntersuchungen: ärztlich	Klassen	Zahl der Schulkinder: untersucht	behandelt	sanierte	Füllungen: Milchzähne	Dauerzähne	Entfernungen: Milchzähne	Dauerzähne	Regulierungen	Werden von den Eltern Jahresbeiträge erhoben und in welcher Höhe?
Spalte 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. Adenau	A. O. K.	1931/32	4800	ja	neu	neu	–	1	staff. a. Zähne Zahnersatz System	3	2 X	1. 2. 3. oder Jahrgänge 1. 2 weiter	1260	793	1228	254	973	3	–	vorläufig nicht, ist evtl beabsichtigt
2. Landkreis Koblenz	Krankenkassen und Gemeinden	"	9646	ja	–	–	–	3	Bonner System	1	2 X	1.-4.	4095	1568	1568	3	1586	5	–	nein
3. Hamborn	die Stadt	"	ca 20000	ja	–	–	1	–	Kl.	1	1 X	1. u. 2. und letzter	8806	1943	?	–	1053	u. Milchz. 1220	–	nein
4. Essen	die Stadt und die Eltern	"	ca 58000	ja	–	–	4	5	2 Kl	3	1 X	alle	40777	9310 a. Jugendl. öffentl. Fürsorge, Taub Stummendienst	fast alle behandelt	3025	9046	750 (4109 Milchz.)	–	RM 2.- für ein und RM 4.- für mehrere Kinder. Alle bedürftigen Volksschulkinder und Kinder Höherer Lehranstalten werden kostenlos behandelt
5. Rheydt	die Stadt und die A. O. K	"	5170	ja	–	–	–	1	Kl	1	1-2 X	alle 8	5100	4249	998	291	992	96	ja	?
6. Büttgen	die Gemeinde Büttgen	"	ca 550	ja	–	–	–	1	Kl	1	2 X	alle	ca 350	350	94	123		45 (136 Milchz.)	–	RM 0.50
7. Krefeld	die Stadt mit Zuschuß der Kr.-Kassen	"	10094	ja	–	–	2	–	Kl.	2	2 X	1.-5. od. Jahr Teil mehr	9747	4106	8976	184	3325	308 (4632 Milchz.)	–	nein
8. Wermelskirchen (Rhein. Wupper-Kreis)	Kreis Gemeinden und O.K.-Kasse	"	4855	ja	–	–	1	–	Kl.	1	1 X	Teil 1-4. Teil 7.-8.	2956	1640 (teilw. 1930)	2119	66	1636	669	–	nein
9. Wuppertal Barmen	die Stadt	"	ca 18000	ja	–	–	2½	–	Kl	3½	1 X	alle	18000	74791 (teilw. 1931)	79,5%	–	7144	1844	ja	RM 1.50
10. Wuppertal Elberfeld	die Stadt	"	17796	ja	–	–	2½	–	3 Kl	4½	1 X	alle	16497	Durchsuchen 19703	?	12682		973	ja	RM 1.50 für das erste und RM 0.75 für weitere Kinder
11. Bonn	die Stadt	"	10861	ja	ja	ja	2	–	2 Kl.	2	2 X	alle	10861	10414	9998	209	3946	225 (7815 Milchz.)	ja	nur in höheren Schulen RM 5.-
12. Bonn-Landkreis	der Landkreis Bonn	"	ca 8800	ja	–	–	1	–	Auto Kl	2	2 X	1.-6. jetzt 1.-8	7208	2726	6905	70	2398	56	ja	nein
13. Velbert	die Stadt mit Zuschuß der A. O. K	"	ca 3000	ja	–	–	1	–	Kl.	1	noch nicht period.	1.-5	ca 3000	1646	Ca 11440	1182	3039	316	–	nein, den bemittelten Eltern wird anheimgestellt nach Fertigbehandlg eine Gebühr von 1-5 M zu zahlen
14. Köln	die Stadt	"	77000	ja	–	nur einige Fälle für Stotterk.	5	–	Kl	5	2 X	1.-8 bzw 1-4	25108	40%	91,3%	400	7123	785	ja	Preisgo Uf von Eltern die keine Kassenzugeh.
15. Köln Landkreis	der Kreis	"	6258	ja	–	–	1	–	Auto Kl	2	2 X	1.-5	6258	2496	5902	1097	1009	6	–	nein
16. Bitburg	die Kreiskommunalverwaltung	"	7864	ja	–	–	1	–	Auto Kl	2	alle 9 Monate	1.-5.	5603	2626	5165	17	7481	280	–	nein
17. Aachen	die Stadt	"	24890	ja	ja	ja	2	–	Kl	3	2 X	teilst 1-5 teils alle	11508	ca 9600	?	204	2789	169	ja	nein
18. Düren Stadt	Krankenkassen Verband Aachen	"	1558	ja	–	–	1	–	Kl.	1	1 X	1.-2. od. Jahr eine Kl weiter	1558	1311	503	870	528	22	–	nein
19. Düren Landkreis	Landkreis Düren	"	in 3 Jahrgängen 4682	ja	–	–	1	–	Auto Kl.	1	1 X	1, 2 u 3.	4682	2550	4434	445	4372	22	–	nein
20. Geilenkirchen Heinsberg	der Kreis	"	ca 8000	ja	–	–	–	1	Auto Kl.	–	2 X	1, 2, 3, 4	3568	2300	3441 96,4%	7	946	1	–	nein
21. Stolberg	die Stadt	"	2414	ja	–	–	–	1	Kl.	–	2 X	alle	2414	?	1469	–	1560		–	nein
Spalte 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

die Einrichtungen zur Behandlung zahnkranker Erwachsener geschildert werden. Neben den vielen Praxen der Zahnärzte und Nichtapprobierten besteht in der Rheinprovinz eine ganze Reihe von Zahnkliniken. Bei letzteren müssen wir zwischen denen mit poliklinischem Betrieb und den Eigenbetrieben der Krankenkassen unterscheiden. Nach dem Vorbild der Schulzahnkliniken schufen die Träger der Sozialversicherung die Kassenkliniken als Eigenbetriebe, um eine ökonomischere Gestaltung der gesamten Kassenwirtschaft zu erzielen. Die Gründer und Befürworter versprachen sich große Einsparungen, die sie zur Herabsetzung der Beiträge verwenden wollten. Ihre Hoffnungen wurden aber größtenteils enttäuscht. Die meisten dieser Klinikbetriebe arbeiten unrentabel. Es sind nur wenige, die einen einwandfreien Beweis ihrer Rentabilität erbringen können.

Als poliklinische Betriebe wären die beiden Zahnkliniken der Universitäten Bonn und Köln zu erwähnen. Die zahnärztliche Poliklinik der Universität Bonn wurde 1921 eröffnet. Für die zahnärztliche Behandlung sind 7 Zahnärzte hauptamtlich und 3 Semesterassistenten nebenamtlich angestellt. Außerdem ist eine sehr große Anzahl Studierender der Zahnheilkunde mit der Behandlung betraut. An Schwestern, Helferinnen, Laborantinnen, Technikern, Büropersonal usw. sind 26 Personen tätig. Die Zahl der Patientenbesuche betrug 1931 38 900 und 1932 41 900. Die Behandlungskosten tragen einmal die Privatpatienten, sie bezahlen aber nur das verwendete Material, dann die Krankenkassen und das Wohlfahrtsamt der Stadt. Genauere Angaben über die Leistungen an Füllungen, Extraktionen, Regulierungen und technischen Arbeiten konnten wegen Umstellung in der Buchführung nicht gemacht werden.

Die Poliklinik der Universität Köln wurde 1908 ursprünglich als Städtische Zahnklinik eröffnet. 1930 wurde der Hochschulunterricht aufgenommen und 1932 die offizielle Bezeichnung als Zahnärztliches Institut der Universität Köln eingeführt. Sieben Zahnärzte sind hauptamtlich mit der Patientenbehandlung beschäftigt, außerdem eine große Anzahl Studierender. Die Zahl der behandelten Patienten betrug 1931: 15 421 und 1932: 16 914. An Leistungen hatte die Klinik im Jahre 1931/32: an

a) einfachen Füllungen 14 272,
b) Füllungen mit Wurzelbehandlung 3 186,
c) Extraktionen 16 118,
d) Regulierungen 32,
e) technischen Arbeiten 1 729.

Als weiteres Personal sind 13 Schwestern und 3 Techniker tätig. Die Behandlungskosten werden bei Privatpatienten nach der Preußischen Gebührenordnung Teil IV und für das Wohlfahrtsamt nach einer Pauschale berechnet.

Als poliklinischer Betrieb muß hier noch die Westdeutsche Kieferklinik in Düsseldorf erwähnt werden, die aber eine Spezialanstalt darstellt und als solche in einem anderen Abschnitt besonders besprochen werden soll.

Ueber die Eigenbetriebe der Krankenkassen Material zu erhalten, ist sehr schwierig, da viele von ihnen, wie vorhin erwähnt, unrentabel arbeiten. Die Mehrzahl der Kliniken zieht es deshalb vor, überhaupt keine

oder nur undurchsichtige Wirtschaftsberechnungen zu veröffentlichen. Die Krankenkassen verwalten aber öffentliche Gelder und wären daher verpflichtet, über deren Verwendung und Verwertung öffentlich Rechenschaft zu geben. Diese Verpflichtung besteht nicht nur gegenüber den Mitgliedern ihrer Kasse, sondern, da sie ja Zwangsorganisationen sind, auch gegenüber der gesamten Oeffentlichkeit.

In der Rheinprovinz bestanden im Jahre 1931 insgesamt 17 Allgemeine-Ortskrankenkassen-Kliniken, von denen 8 Klinikzwang hatten. ferner 2 Betriebskrankenkassen-Kliniken ohne Zwang und 4 Krankenkassen-Verbandskliniken, von denen 3 Klinikzwang hatten.

Eine dieser Kassenkliniken, und zwar die der Krupp A.-G. in Essen, soll herausgegriffen und ihre Tätigkeit näher geschildert werden.

Die Kruppsche Zahnklinik konnte am 2. Januar 1933 auf ein 30jähriges Bestehen zurückblicken. Nach dem Muster der im Oktober 1902 von Prof. Jessen gegründeten Städtischen Schulzahnklinik in Straßburg i. E. wurde die Kruppsche Zahnklinik als erste Zahnklinik im Gewerbebetriebe geschaffen, deren Leiter Prof. Dr. Witzel wurde. Die Anstalt stellt die letzte Wohlfahrtseinrichtung dar, die Friedrich Krupp noch selbst geschaffen hat. Aus kleinen Anfängen heraus hat sich die Anstalt im Laufe der Zeit zu einer beachtenswerten Höhe entwickelt. Nicht uninteressant dürften einige Zahlen über die Inanspruchnahme der Klinik sein. Im Gründungsjahre 1903 wurde die Klinik in 14 746 Fällen in Anspruch genommen. Während im Jahre 1927/28 noch 48 514 Patienten behandelt wurden, brachte das Jahr 1931/32 infolge der Wirtschaftskrise nur noch 39 850 Patienten. Die Höchstzahl mit 52 305 Besuchern war im Jahre 1921 zu verzeichnen. In den 30 Jahren hatte die Zahnklinik über 1 230 000 Besucher.

Ueber die Tätigkeit der Klinik in den Jahren 1931 und 1932 seien noch einige Angaben gemacht. Die Zahl der behandelten Kassenmitglieder betrug 1931: 18 813 und 1932: 15 508. Bei der Krupp A.-G. waren 1931 23 911 Kassenmitglieder und 15 932 Familienangehörige versichert. 1932 waren es 19 688 Kassenmitglieder und 13 776 Familienangehörige. Außerdem werden noch ca. 8 100 Werkspensionäre und solche Patienten, die mit besonderer Firma-Genehmigung zur Behandlung zugelassen werden, durch die Kruppsche Zahnklinik versorgt.

Die Leistungen der Klinik waren an:

	1931	1932
einfachen Füllungen	3 463	1 980
Füllungen mit Wurzelbehandlung	3 015	3 016
Extraktionen	8 927	6 803
Regulierungen	93	76
technischen Arbeiten	3 482	3 082

7 Zahnärzte und 8 Schwestern standen der Klinik zur Verfügung.

Nachdem es dem jetzigen Leiter der Zahnklinik, Dr. Hauptmeyer, der seit 1910 der Anstalt vorsteht, kurz nach Beendigung des Krieges gelungen war, den Kruppschen nichtrostenden V 2 A-Stahl auch für Gebißprothesen zu verwenden, ergab sich für die Zahnklinik ein umfangreiches neues Betätigungsfeld. Das erste Stahlgebiß kam im August 1919

zur Ablieferung. Die Eignung dieses neuen Werkstoffes (Wipla-Metall) hat sich im Laufe von gut 13 Jahren an über 100 000 Gebißplatten erwiesen, und die Lieferungen erstrecken sich nach allen Ländern der Welt. Die große Nachfrage nach den Wipla-Prothesen machte 1923 die Errichtung einer besonderen Stahlgebißmacherei notwendig, von deren Belegschaft über 20 % Schwerkriegsbeschädigte, in der Mehrzahl Amputierte sind.

Ueber weitere Eigenbetriebe der Krankenkassen stellte der Volkswirt M a h n e r im Jahre 1930 Untersuchungen an. Hiernach habe ich nun

Tabelle VIII.

Uebersicht über die Zahnkliniken in der Rheinprovinz im Jahre 1930

Eigentümer der Kliniken	Zahl der Stamm versicherten	Zahl der Kliniken	Angestellte Zahnärzte	Gründungsjahr	Besteht Klinikzwang?
Krankenkassenverband d. Kr.-K. des Reg.-Bez. Aachen:		2			
Aachen	58 793		10	1919	ja
Stolberg	3 500		1	1920	ja
Allgemeine Ortskrankenkasse:					
Barmen	56 794	1	10	1912	ja, mit Ausnahme eines Außenbezirkes
Benrath	9 908	1	2	1928	ja
Bergheim	ca. 8 000	1	2	1925	ja
Düsseldorf	109 640	3			
a) Düsseldorf			12	1910	nein
b) Oberkassel			1	1926	nein
c) Eller			1	1928	nein
Elberfeld	ca. 56 000	1	11	1911	ja
Essen	58 121	1	7	1926	ja
Betr.-Kr.-K. Krupp:					
Essen	ca. 28 500	1	10	1903	nein
Allgemeine Ortskrankenkasse:					
Gummersbach	ca. 6 000	1	2	1927	ja
Hückeswagen	2 385	1	1	1927	ja
Remscheid	20 937	1	6	1925	ja
Rheydt	ca.14 000	1	4	1922	ja
Krankenkassenverband:					
Solingen (Stadt u. Land)		3			
a) Solingen	ca.23 000		6	1920	ja
b) Wald	9 969		2	1923	ja
c) Ohligs	11 043		2	1921	ja

die Angaben über die Zahnkliniken in der Rheinprovinz in der Tabelle VIII zusammengestellt. In ihr sind alle Kliniken angeführt, über die Angaben zu

erhalten waren. Wo die genauere Zahl der Stammversicherten nicht festzustellen war, wurden abgerundete, in einzelnen Fällen auch schätzungsweise ermittelte Zahlen eingesetzt.

Leider war nicht festzustellen, wieviele Zahnärzte und Zahntechniker der freien Praxis von den Kliniken ohne Klinikzwang zur Kassenbehandlung zugelassen waren.

Die Träger der öffentlichen Fürsorge.

Die zahnärztliche Behandlung eines großen Teiles der rheinischen Bevölkerung ist durch die reichsgesetzlichen Krankenkassen sichergestellt. Hierunter versteht man die Orts-, Betriebs-, Land-, Innungs- und Knappschafts-Krankenkassen. Außer diesen reichsgesetzlichen müssen auch noch die Ersatzkassen erwähnt werden, die in der Krankenversicherung eine Rolle spielen. Nähere Angaben über die Anzahl der Krankenkassen in der Rheinprovinz, ihre Mitgliederzahlen und Ausgaben in den Jahren 1929, 1930 und 1931 sind in der nun folgenden Tabelle IX zusammengestellt. Die Angaben sind nach der „Statistik des Deutschen Reichs" gemacht.

Tabelle IX.

Die reichsgesetzlichen Krankenkassen in der Rheinprovinz, die Anzahl ihrer Mitglieder, ihre gesamten Reinausgaben und Ausgaben für Zahnbehandlung.

Kassenart	Anzahl der Kassen im Jahresdurchschnitt	Anzahl der Mitglieder im Jahresdurchschnitt	Reinausgaben insgesamt RM	Ausg. d. Zahnbehandl. f. Mitgl. u. Familienangehörige RM
1929				
Ortskranken-K.	222	1 550 212	154 871 366,—	4 798 059,—
Betriebskr.-K.	559	538 075	72 533 170,—	2 445 753,—
Landkr. K.	17	53 869	2 985 695,—	118 656,—
Innungskr.-K.	137	95 858	8 850 935,—	319 054,—
Summe:	935	2 238 014	239 241 166,—	7 681 522,—
1930				
Ortskranken K.	219	1 522 143	137 841 290,—	5 093 493,—
Betriebskr. K.	531	490 718	60 344 767,—	2 378 767,—
Landkr. K.	20	59 561	3 133 658,—	125 906,—
Innungskr.-K.	138	89 152	7 846 140,—	330 859,—
Summe:	908	2 161 574	209 165 855,—	7 929 025,—
1931				
Ortskranken K.	214	1 433 558	113 126 712,—	4 713 106,—
Betriebskr. K.	501	432 353	44 351 597,—	1 939 945,—
Landkr.-K.	20	57 406	2 988 532,—	120 231,—
Innungskr.-K.	128	78 640	6 032 248,—	272 664,—
Summe:	863	2 001 957	166 499 089,—	7 045 946,—

Von den 914 reichsgesetzlichen Krankenkassen wurden im Jahre 1930 ca. 2 300 000 Einwohner = 32,6 % von 7 502 000 Einwohnern der Rheinprovinz erfaßt. In der Zahl der Krankenkassen, ihrer Mitgliederzahl und ihren Ausgaben ist 1931 infolge der Wirtschaftskrise eine Verringerung zu erkennen, die in den Jahren 1932 und 1933 noch stärker ist bzw. werden wird.

Zu den reichsgesetzlichen Krankenkassen gehören auch die Knappschaftskrankenkassen. Im Rheinland sind drei solcher Knappschaften, und zwar die Aachener, die Niederrheinische und die Brühler Knappschaft vorhanden. Jede dieser drei Knappschaften besteht aus zwei Kassen, einer für die Arbeiter und einer für die Angestellten. In der nachfolgenden Tabelle X habe ich der Einfachheit halber die Zahlen der Arbeiter- und Angestelltenkassen der einzelnen Knappschaften zusammengenommen. Die Angaben erstrecken sich über die Jahre 1929 und 1930. Die Statistik von 1931 ist noch nicht veröffentlicht.

Tabelle X.

Die Knappschaftskrankenkassen in der Rheinprovinz, die Anzahl ihrer Mitglieder, ihre gesamten Reinausgaben und Ausgaben für Zahnbehandlung.

(Arbeiter- und Angestelltenkr.-K)

Name der Knappschaft	Anzahl d. Kassen	Anzahl der Mitglieder im Jahres durchschnitt	Reinausgaben insgesamt RM	Ausg. f. Zahnbehandl. b. Mitglied u. Familienangehörigen RM
1929				
Aachener	2	29 043	4 405 003,—	121 353,—
Niederrheinische	2	19 566	3 177 035,—	72 029,—
Brühler	2	18 380	2 719 097,—	85 841,—
Summe:	6	66 989	10 301 135,—	279 232,—
1930				
Aachener	2	30 582	4 714 425,—	121 695,—
Niederrheinische	2	19 889	2 984 321,—	81 323,—
Brühler	2	17 437	2 650 202,—	78 042,—
Summe:	6	67 908	10 348 948,—	281 060,—

Außer diesen reichsgesetzlichen Krankenkassen seien noch die Ersatzkassen erwähnt. Sie sind in dem Verband kaufmännischer Berufskrankenkassen (V. k. B.) mit dem Hauptsitz in Berlin zusammengeschlossen. Nachdem zwischen ihnen und den Zahnärzten 21 Monate lang ein vertragsloser Zustand geherrscht hatte, trat mit dem 1. Januar 1931 ein neuer Vertrag mit dem Verband der Zahnärzte Deutschlands in Kraft. Hiernach

wird die Zulassung der Zahnärzte planmäßig geregelt. Die Forderung des Reichsverbandes, eine feste Begrenzung der Fallkosten einzuführen, wurde mit der Begründung abgelehnt, daß dann eine Schematisierung und Entwertung der Behandlung eintreten würde. Es werden nun die Kosten für die operative und konservierende Zahnbehandlung von den in Frage kommenden Ersatzkassen getragen. Zu den Kosten für Zahnersatz wird ein Zuschuß nur dann bewilligt, wenn der Ersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit unbedingt notwendig ist. Die Entscheidung hierüber treffen die einzelnen Ersatzkassen nach den Richtlinien der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte. Durch den sogenannten Paradentose-Vertrag ist nun auch eine Regelung in der Behandlung der an Paradentose erkrankten Versicherten zustande gekommen. Wegen des vertragslosen Zustandes konnten nähere Angaben über die Rheinprovinz für 1929 und 1930 nicht gemacht werden. Deshalb seien hier die Angaben für das ganze Reich wiedergegeben.

Sämtliche Ersatzkassen im ganzen Reich.

Jahr	Kassenzahl	Anzahl der Mitglieder im Jahresdurchschnitt	Reinausgaben insgesamt RM	Ausgaben für Zahnbehandlg. RM
1929	56	1 462 337	181 505 000.—	13 676 000.—
1930	56	1 571 885	186 785 230.—	17 517 491.—

An der Zahnfürsorge der Rheinprovinz beteiligt sich weiterhin die Landesversicherungsanstalt in Düsseldorf durch Gewährung von Beihilfen und Zuschüssen. Es konnten aber nur Beihilfen zu den Kosten des Zahnersatzes gewährt werden. Bei Mitgliedern von Krankenkassen betrug die Kostenbeteiligung der Versicherungsanstalt ein Drittel der Gesamtkosten des Zahnersatzes, in allen übrigen Fällen wurde die Hälfte der Kosten gewährt. Mittel für Einrichtung der Zahnfürsorge (Schulzahnpflege usw.) sind in den letzten Jahren nicht von ihr aufgewendet worden.

Als Beihilfen zu Zahnersatzkosten wurden von der Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz gegeben:

im	Jahre	1929	RM	412 700.—	in	19 114 Fällen
„	„	1930	„	498 004.—	„	23 056 „
„	„	1931	„	370 609.—	„	13 113 „

Diese in den Vorjahren gewährten Beihilfen mußten im Jahre 1932 wegen der schlechten geldlichen Lage der Landesversicherungsanstalt fast völlig eingestellt werden.

So gut und erfreulich die zahnärztliche Versorgung und Fürsorge im letzten Jahrzehnt in der Rheinprovinz auch war, erhielt sie in den letzten Jahren durch die immer schlechter werdenden wirtschaftlichen Verhältnisse doch eine starke Hemmung in ihrer Weiterentwicklung. Durch die lange andauernde Arbeitslosigkeit mußte eine große Anzahl von früher in den reichsgesetzlichen Krankenkassen versicherten Personen von den Fürsorgeverbänden und den Wohlfahrtsämtern übernommen werden. Diesen obliegt

nach der Fürsorgepflichtverordnung vom 13. 2. 1924 auch die zahnpflegerische Versorgung der Erwerbslosen und Minderbemittelten. Daß die von diesen Verbänden aufgebrachten Mittel sehr beschränkt sind und deshalb in der Zahnpflege nur das Allernotwendigste geleistet wird, ist verständlich. Genauere Angaben über die Ausgaben der Fürsorgeverbände und Wohlfahrtsämter in der Rheinprovinz können nicht gemacht werden, da die einzelnen Aemter mit den Zahnärzten und Technikern die verschiedenartigsten Abmachungen über die Höhe und Art der zahnärztlichen Leistungen getroffen haben.

Die Westdeutsche Kieferklinik in Düsseldorf.

Ueber die Entwicklung und Tätigkeit der Westdeutschen Kieferklinik stellte der Begründer und Direktor Herr Prof. B r u h n in liebenswürdiger Weise Material zur Verfügung.

Aus den kleinen Anfängen einer mit 40 Betten ausgestatteten Privatklinik Prof. Bruhns entwickelte sich in der Kriegszeit das „Düsseldorfer Lazarett für Kieferverletzte" zu einer aus sechs großen Lazarettabteilungen und einem wissenschaftlichen Institut bestehenden Anstalt. Mit der Ausdehnung der Anstalt hatte die Vervollständigung ihrer Einrichtungen, die wachsende Erfahrung und Schulung ihrer Aerzte und die Mitarbeit aller für die Wiederherstellung erforderlichen Spezialkräfte das Lazarett zu einer einheitlichen Spezialanstalt werden lassen, die für die Versorgung der Kiefer- und Gesichtsverletzten des Heeres erhebliche Bedeutung gewann. Das für sie Charakteristische war die systematisch ineinandergreifende Zusammenarbeit aller Faktoren, deren Mitwirkung für eine möglichst vollkommene Beseitigung aller Verletzungsfolgen im Gebiete der Kiefer und des Gesichtes erforderlich war.

Bei dieser Kriegsarbeit, die insgesamt 5000 Kiefer- und Gesichtsverletzten zugute kam, erkannte man die Notwendigkeit, daß die Anstalt nach dem Kriege fortbestehen müsse, um zahlreichen Kriegsbeschädigten und heimkehrenden kriegsgefangenen Kieferverletzten weiter zu helfen.

Für die Behandlung der nicht auf Kriegsbeschädigung zurückzuführenden Erkrankungen und Verletzungen der Kiefer zeigte sich die in der Anstalt geleistete Arbeit und gewonnene Erfahrung ebenfalls von hohem Wert. Angezogen durch die an Kriegsbeschädigten erzielten Erfolge, suchten bald zahlreiche bürgerliche Patienten mit Kieferleiden und -verletzungen Hilfe und Beratung in der Klinik.

Daß sich die Wiederherstellung all dieser Kranken am schnellsten und wirksamsten in einer Anstalt durchführen läßt, die über besonders gute Spezialeinrichtungen und Erfahrungen verfügt und allen Behandlungsnotwendigkeiten in vollkommener Weise Rechnung trägt, liegt auf der Hand.

Leider wurde aber der noch weitere Ausbau des Lazarettes in der bisherigen Form durch den unglücklichen Ausgang des Krieges verhindert. Da Düsseldorf in der neutralen Zone lag, mußten die Abteilungen des Lazarettes bis auf die mit etwa 40 Betten ausgestattete Privatklinik Prof. Bruhns geschlossen werden. Sie wurde ausschließlich als Schwerkrankenabteilung beibehalten.

Mehr als 600 Verwundete mußten damals zum großen Teil mit halb abgeschlossener Behandlung vorläufig entlassen werden. Fortgesetzt gingen dann der Anstalt von diesen Patienten, ihren Angehörigen und den Lazaretten, in denen sie untergebracht waren, Gesuche um Wiederaufnahme zu.

1919 wurde durch einen Umbau aus dem Lazarett die jetzige Anstalt errichtet. Sie besteht neben der chirurgischen Abteilung, die natürlich den größten Teil einnimmt, aus einer orthopädischen, einer prothetischen und einer konservierenden Abteilung. Die chirurgische und die orthopädische Abteilung wurden räumlich und in der Leitung zusammengefaßt; der prothetischen Abteilung wurden die Einrichtungen für konservierende Behandlung beigegeben. Außerdem besteht das Forschungs- und Lehrinstitut. 1921 wurde auch noch eine Ohren-, Nasen- und Hals-Abteilung eingerichtet.

Um die Westdeutsche Kieferklinik, die seit 1917 als Verein „Westdeutsche Kieferklinik" e. V. bestand, ganz in den Dienst der Allgemeinheit zu stellen, wurde sie 1923 der Stadt übertragen. Diese gliederte sie den allgemeinen städtischen Krankenanstalten der Stadt Düsseldorf an. Damit wurde die Westdeutsche Kieferklinik 1923, als aus der Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin die staatliche medizinische Akademie wurde, eine zugleich städtische und staatliche akademische Anstalt. Die Entwicklung ist ebenso wie in den Jahren vor der Uebernahme durch die Stadt eine gleichmäßige und sicher fortschreitende gewesen.

Heute verfügt die Anstalt über 85 Betten. 2 Oberärzte, 8 Assistenz-Aerzte und -Zahnärzte, 1 Volontärassistent, 1 Hospitant und 1 Medizinalpraktikant sind an der Klinik tätig. 22 Schwestern versehen den Pflegedienst. Im Betriebsjahr 1931/32 waren es 27 566 Gesamtpflegetage.

Zusammenfassung.

Die Bedeutung der zahnärztlichen Fürsorge ist heute allgemein anerkannt. Ist es doch Aufgabe der Zahnheilkunde im Dienste der Volksgesundheitspflege, die Erkrankungen des Mundes und der Zähne zu verhindern und aufgetretene Schäden zu beseitigen. Die Pflege des Mundes und der Zähne ist in weitesten Kreisen eine Selbstverständlichkeit geworden.

Die Versorgung der Rheinprovinz mit Zahnärzten und Zahntechnikern ist im Anfang dieser Arbeit untersucht. Dabei sahen wir, daß die Zahl der Zahnärzte und noch stärker die Zahl der Zahntechniker in den letzten Jahren gestiegen ist. Erfreulich ist die Tatsache, daß die zahnpflegerische Versorgung der kleineren Orte und Ortschaften besser geworden ist. Es wurde hervorgehoben, welche Stadtkategorien stärker und welche weniger stark versorgt sind.

Für die zahnfürsorgerische Erfassung der Kinder ist die Schulzahnpflege von großer Bedeutung. Besonders in den letzten zehn Jahren hat sie eine gute Entwicklung durchgemacht. Gilt es doch, die Kinder durch sie recht frühzeitig zu erfassen und ihre Mundverhältnisse während der ganzen Schuljahre zu überwachen, um sie am Ende zahngesund entlassen zu können. Die Schulzahnpflege wird nach verschiedenen Systemen durchgeführt, von denen das Bonner System anerkanntermaßen das beste ist. Die Entwicklung dieser besonders planmäßig arbeitenden Art der Schulzahnpflege und ihre Verbreitung in der Rheinprovinz wurde geschildert. Von ungefähr einer Million Schulkinder sind ca. 300 000 von ihr systematisch erfaßt. In der Rheinprovinz ist die Schulzahnpflege am besten organisiert. Die Leistungen der Bonner Schulzahnklinik sind geschildert und die der anderen in einer Tabelle zusammengefaßt. Trotz der Wirtschaftskrise ist es gelungen, die Schulzahnpflege fast ohne Einschränkungen aufrechtzuerhalten.

Die Zahnfürsorge der Erwachsenen wird in der Weise durchgeführt, daß die Krankenkassen ihre Mitglieder in eigenen Kliniken behandeln lassen oder sie an praktische Zahnärzte und Zahntechniker, mit denen sie Verträge abgeschlossen haben, überweisen.

Die Tätigkeit und Entwicklung der Kruppschen Zahnklinik in Essen wird geschildert. Als Polikliniken sind die Zahnkliniken der Universität Bonn und Köln berücksichtigt.

32,6 % der Gesamtbevölkerung der Rheinprovinz sind durch die reichsgesetzlichen Krankenkassen versichert. Diese rekrutieren sich aus den

Ortskrankenkassen,
Betriebskrankenkassen,
Landkrankenkassen,
Innungskrankenkassen und
Knappschaftskrankenkassen.

Ihre Leistungen für Zahnbehandlung beliefen sich insgesamt im Jahre

1929	auf	RM	7 960 745.—
1930	„	„	8 210 085.—
1931	„ ca.	„	7 276 000.—

Die Leistungen der Ersatzkassen konnten für die Rheinprovinz nicht ermittelt werden; sie sind deshalb für das ganze Reich angegeben.

Die Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz beteiligt sich an der Zahnfürsorge im wesentlichen durch Gewährung von Zuschüssen zu Zahnersatzkosten. Ihre Leistungen in den Jahren 1929, 1930 und 1931 sind angegeben. 1932 mußten die Zahlungen wegen der Wirtschaftskrise fast völlig eingestellt werden.

Die Leistungen der Fürsorgeverbände und Wohlfahrtsämter ließen sich nicht ermitteln.

Die Westdeutsche Kieferklinik ist eine Spezialanstalt für die Behandlung von Kieferkrankheiten mit 85 Betten, der aber auch eine poliklinische Abteilung angeschlossen ist.

Literatur.

Bejach: Adreßkalender für Zahnärzte 1922. Berlinische Verlagsanstalt, Berlin 1922.

— Adreßkalender der Zahnärzte 1927/28. Berlinische Verlagsanstalt, Berlin 1927/28.

— Deutsches Zahnärztebuch 1932/33. Berlinische Verlagsanstalt, Berlin 1932.

Bunge: Statistisches über den deutschen Zahnärztestand. Zahnärztliche Mitteilungen, Jahrg. 23, S. 542, 1932.

— Die deutsche Zahnärzteschaft in der Statistik. (Deutsches Zahnärztebuch 1932/33.)

Dressel: Statistische Betrachtung über die zahnärztliche Versorgung des deutschen Volkes im Jahre 1927. Zahnärztliche Rundschau Nr. 43, 1927.

Epling: Results of eight years of school hygiene in the public schools of West Virginiae-Oral Topies VI, Nr. 62, S. 124 (1926) Ref. in Misch: Fortschritte der Zahnheilkunde, 4. Bd., 2. Teil, S. 1178, 1928.

Hoffmann: Ziele und Wege der Schulzahnpflege. Reichsgesundheitsblatt 1 Nr. 51, S. 1046, 1926.

— Ueber den gegenwärtigen Stand der zahnärztlichen Versorgung des Deutschen Reiches. Archiv f. soziale Hygiene und Dermographie, 1932.

— Der Ausbau der zahnärztlichen Jugendfürsorge in kleinen Gemeinden unter besonderer Berücksichtigung der Wirtschaftskrise. Zahnärztl. Mittl., H. 31, 1932.

Kantorowicz: Handwörterbuch der gesamten Zahnheilkunde, Bd. IV, Soziale Hygiene. Verlag Hermann Meusser, Berlin 1932.

Kirchner: Zahnärztlicher Kalender für das Deutsche Reich 1914. Verlag Julius Springer, Berlin.

Mahner: Eigenbetriebe der Krankenkassen, 1. Teil, Zahnkliniken. Verlag für Wirtschaft und Verwaltungen, Berlin 1930.

Merschkötter: Die zahnärztliche Versorgung der Schuljugend und ihre sozial-hygienische Bedeutung. Dissertation Hygienisches Institut Münster 1927.

Misch: Zahnärztlich soziale Hygiene in Misch: Fortschritte der Zahnheilkunde, Bd. 2, 1. Teil, S. 463. 1926.

Möllmann: Die zahnärztliche Versorgung der Provinz Westfalen unter besonderer Berücksichtigung der öffentlichen Fürsorge. Dissertation Hygienisches Institut Münster 1932.

Müller: Die Schulzahnpflege, Lehrbuch der Gesundheitsfürsorge. Herausgeg. von Dr. med. K. W. Jötten und Dr. Dr. H. Weber. Verlag von Reimar Hobbing, Berlin 1932, S. 114—123.

Caroll Smith: School dental hygiene, a practical programme and cost Oral Topics VI Nr. 62, S. 136. 1926. Ref. in Misch: Fortschritte der Zahnheilkunde, III. Bd., 2. Teil, S. 760. 1927.

Schenck: Organisation und Finanzierung der planmäßigen Schulzahnpflege. Verlag von Hermann Meusser, Berlin 1925.

— Die Entwicklung der planmäßigen Schulzahnpflege in der Rheinprovinz. Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift Nr. 9, 1932.

Scherer: Statistik des Deutschen Reichs, Bd. 389, Die Krankenversicherung im Jahre 1919 nebst vorläufigen Ergebnissen für das Jahr 1930. Verlag Reimar Hobbing, Berlin 1931.

Schulz: Statistik des Deutschen Reichs, Bd. 420, Die Krankenversicherung im Jahre 1930 nebst vorläufigen Ergebnissen für das Jahr 1931. Verlag Reimar Hobbing, Berlin 1932.

— Statistik des Deutschen Reichs, Bd. 431, Die Krankenversicherung im Jahre 1931 nebst vorläufigen Ergebnissen für das Jahr 1932. Verlag Reimar Hobbing, Berlin 1933.

— Reichsversicherungsordnung in der neuen amtlichen Fassung. Verlag Reimar Hobbing, Berlin 1921.

— Beilage zu den amtlichen Nachrichten für Reichsversicherung. Jahrg. 1932, Nr. 8, Gesundheitsfürsorge in der Invalidenversicherung, 1931, S. 51. Verlag Reimar Hobbing, Berlin.

Talma: Ueber die Erhaltung der Zähne und einige Vorurteile in Bezug auf die Zahnheilkunde. Ref. in Der Zahnarzt, IV, S. 222. 1852.

Tholuck: Die Schulzahnpflege in Misch: Fortschritte der Zahnheilkunde.

I. Band, 1925, S. 1053/77.
II. „ 1926, S. 1094/1107, I. Teil.
III. „ 1927, S. 1131/50, I. Teil.
IV. „ 1928, S. 1119/41, I. Teil.
VI. „ 1930, S. 1067/85, I. Teil.
VIII. „ 1932, S. 936.

Am Schluß dieser Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Prof. Dr. K. W. Jötten für die gütige Ueberlassung derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen. Zugleich möchte ich mir erlauben, auch Herrn Dr. med. Reploh, der mich bei Ausführung der Arbeit in liebenswürdiger Weise unterstützte, herzlichst zu danken.

Lebenslauf.

Am 11. Juli 1904 wurde ich, Karl Ruin, Sohn des Reichsbahn-Oberinspektors i. R. Max Ruin, in Münster i. W. geboren. Nach vier Volksschuljahren besuchte ich die Städt. Oberrealschule zu Münster und erhielt dort Ostern 1926 das Reifezeugnis. Vom Sommer-Semester 1926 bis zum Winter-Semester 1927/28 studierte ich an der Universität Münster Zahnheilkunde. Nachdem ich als Oberrealschüler im November 1927 die zum zahnärztlichen Staatsexamen erforderliche Prüfung im Lateinischen abgelegt hatte, bestand ich am 12. März 1928 die zahnärztliche Vorprüfung an der Universität in Münster. Im Sommer-Semester 1928 setzte ich mein Studium an der Universität in München fort. Vom Winter-Semester 1928/29 ab belegte ich an der Universität in Bonn und bestand dort am 24. Dezember 1929 das zahnärztliche Staatsexamen. Von diesem Zeitpunkt ab war ich als Assistent und Vertreter in zahnärztlichen Praxen tätig.